

2  
В. Н. Кожевников, Р. С. Капралова

# Регуляция родовой деятельности

Слабость родовой деятельности — серьезное осложнение, оказывающее влияние на исход родов и состояние плода. Современная диагностика и лечение ее относятся к существенным факторам перинатальной охраны плода. Целесообразно шире использовать родовозбуждение при различной акушерской патологии и сочетании беременности с экстрагениральными заболеваниями.

Свердловск  
Средне-Уральское  
книжное издательство  
1985



Министерство здравоохранения РСФСР  
Тюменский государственный  
медицинский институт

В. Н. Кожевников, Р. С. Капралова

# Регуляция родовой деятельности

Свердловск  
Средне-Уральское  
книжное издательство  
1985

ББК 57.16

К 58

УДК 618.2-618.5-089.888.15+085

В книге дано краткое описание методов родовозбуждения и родоусиления (механических, физиотерапевтических, гормональных и медикаментозных). В отдельную главу выделены методы определения готовности организма беременной к родам перед родовозбуждением. Значительное внимание уделено подготовке организма к родам при осложненном течении беременности и сочетании с экстрагенитальной патологией. Большой раздел в книге посвящен регуляции родов при слабости схваток. Приведены основные методы (схемы) родовозбуждения и стимуляции родов.

Книга рассчитана на врачей акушеров-гинекологов.

Научный редактор — доктор медицинских наук, профессор *В. И. Крылов*

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор *Б. Л. Басин*, доктор медицинских наук, профессор *Г. Д. Губин*



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Изучение сократительной деятельности матки остается наиболее важным разделом акушерства. В последние годы опубликованы работы А. П. Николаева, Л. С. Персианинова, Н. С. Бакшеева, Л. В. Тимошенко, Е. Т. Михайленко и многих других авторов, посвященные этой проблеме. Однако и сегодня определение времени наступления родов, предсказание их характера и диагностики нарушений родовой деятельности в ряде случаев представляют большие трудности. Мало исследовано родовозбуждение при различных осложнениях течения беременности и ее сочетание с экстрагенитальной патологией, а также влияние на плод применяемых медикаментозных и немедикаментозных методов вызывания родов.

В последние годы чаще стали прибегать к вызыванию родовой деятельности в конце беременности при различной акушерской патологии и терапевтических заболеваниях женщин с целью улучшения исхода родов для матери и плода. В среднем частота родовозбуждения достигает 30 % ко всем родам.

Применение различных методов родовозбуждения должно быть тщательно обосновано. Если не получен достаточный эффект от проведения родовозбуждения, то к повторному проведению его нужно подходить с большой осторожностью. В каждом случае врач должен предусмотреть возможность выполнения операции кесарева сечения. Если нет уверенности, что после родовозбуждения операция может быть выполнена, то от него надо воздержаться.

При проведении родовозбуждения необходимо точно знать срок беременности, в особенности при диабете, резус-конфликтной беременности, перенашивании, не поддающемся лечению токсикозе и других заболеваниях. Время родовозбуждения определяется индивидуально, но при этом необходимо помнить, что вызывание родо-

вой деятельности при недозрелом плоде ведет к развитию болезни гиалиновых мембран и возникновению синдрома дыхательной недостаточности. Во всех случаях необходимо проведение тестов на состояние зрелости легких плода.

По данным различных авторов, слабость родовой деятельности достигает 5—10 % к общему числу родов. Это ведет не только к удлинению родов, но и влечет за собой целый ряд осложнений как для матери, так и для плода: возрастают инфицированность матери и плода, перинатальная смертность, количество кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах, число оперативных вмешательств и др.

Слабость родовой деятельности требует своевременного лечения. Особенно важны ранняя диагностика этого вида патологии и правильный выбор метода ее терапии. В связи с многообразием причин, которые приводят к нарушению сократительной деятельности матки, разработано большое количество схем и методов лечения этой патологии. Знание их, правильный подбор и умелое применение позволят значительно снизить осложнения при родах как для матери, так и для плода.

## **Глава I**

### **МЕТОДЫ И МЕДИКАМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ВЫЗЫВАНИЯ И УСИЛЕНИЯ РОДОВ**

Родовозбуждением принято называть искусственное вызывание родовой деятельности. Некоторые авторы [1] считают, что к родовозбуждению следует относить методы, которые обеспечивают формирование готовности организма к родам, а методы, вызывающие сокращение мышц матки,— к родоусилению. Мы полагаем, что нет оснований менять издавна существующие формулировки. Необходимость родовозбуждения возникает в акушерских клиниках достаточно часто. Показаниями к искусственному вызыванию родов могут явиться переносная беременность, тяжелые формы поздних токсикозов, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, преждевременное излитие вод, антенатальная гибель плода, пороки сердца, сахарный диабет и другие виды патологии.

Родоусилением называют мероприятия, вызывающие улучшение недостаточной родовой деятельности.

#### **Методы родовозбуждения и родоусиления**

С целью родовозбуждения и родоусиления применяют, за некоторым исключением, одни и те же методы, которые принято делить на четыре группы: механические, физиотерапевтические, гормональные, медикаментозные. Мы считаем более целесообразным объединить эти методы в две группы — рефлекторные и гормонально-медикаментозные.



## Рефлекторные методы

Использование немедикаментозных методов родовозбуждения и родоусиления имеет давнюю историю, но тем не менее остается актуальным. Это связано с тем, что применение фармакологических препаратов часто осложняется их непереносимостью. Поэтому так важны совершенствование старых и разработка новых методов, усиливающих сократительную деятельность матки.

**Метрейриз.** Операция метрейриза заключается во введении в полость матки резинового баллона (метрейринтера), который заполняют стерильной жидкостью. Емкость баллона различна. Механизм действия: раздражение интэрорецепторов матки, расположенных в области внутреннего зева нижнего сегмента, повышение внутриматочного давления. Впервые метрейринтер был предложен в 1863 г. нашим соотечественником Д. М. Трубнишким, в последующем приспособление многократно модифицировалось. Применялись метрейринтеры в форме конуса, груши, скрипки, трубки. Операцию метрейриза с целью родовозбуждения рекомендовал Г. Г. Гентер [2], отмечавший особенно хороший эффект у повторнородящих с преждевременным излитием вод. З. Н. Зайдиева [3] применяла баллон малой емкости (100—200. мл), полагая, что большой является чрезмерно сильным раздражителем и может вызвать отклонение подлежащей части плода. Автор получил хорошие результаты — регулярная родовая деятельность устанавливалась в первые 10—30 мин.

В последние годы интерес к метрейризу ослаб. Причиной этого послужили непрочность баллонов, ограниченная возможность изменения их формы, отклонение подлежащей части от входа в малый таз, учащение случаев инфекции. *Veyren* с соавт. [4] считают, что изготовление метрейринтеров из современных пластических материалов будет способствовать более частому их применению. Авторы наблюдали положительный эффект операции метрейриза при родовозбуждении по поводу перенашивания беременности и резус-конфликта.

**Кольпейриз.** Введение резинового баллона в задний свод влагалища — операция кольпейриза — впервые было применено в 1851 г. Механизм действия: раздражение рецепторов влагалища, шейки матки и окружающих тканей.



Применение кольпейриза для родовозбуждения при переносной беременности рекомендовал И. И. Старовойтов [5], им же была предложена модель трубчатого баллона. Оригинальную форму кольпейринтера предложил также В. С. Берман [6]. В экспериментальной работе на собаках он доказал появление сократительной деятельности матки в ответ на введение баллона во влагалище.

Кольпейриз применяли также С. Н. Давыдов [7], В. С. Берман [6], Г. Г. Гентер [2]. Изучая ЭКГ женщин, С. Н. Давыдов установил, что применение кольпейринтера с меняющимся объемом более целесообразно, так как при каждом наполнении и опорожнении баллона действуют не один, а два раздражителя.

**Отслойка нижнего полюса плодного пузыря.** *Colvin* с соавт. [8], *Swann* [9], Р. Г. Миллер [10], Г. Г. Хечинашвили [11] и другие авторы с целью родовозбуждения использовали пальцевую отслойку нижнего полюса плодного пузыря. Указанные авторы полагают, что появление сократительной деятельности матки при этом методе связано с механическим раздражением рецепторов области внутреннего зева и части нижнего сегмента матки.

*Csapo* [12] считает, что в миометрии не только на участке расположения плаценты, но и там, где к матке прилегают плодные оболочки, находится прогестерон. В связи с этим автор высказывает мнение об освобождении участка матки, откуда отслоены оболочки, от блокирующего действия прогестерона.

По мнению *Colvin* с соавт. [8], механическое раздражение матки при отслойке нижнего полюса плодного пузыря приводит к усилению активности задней доли гипофиза за счет маточно-гипофизарного рефлекса Фергюсона. Эту точку зрения поддерживают многие.

**Амниотомия.** Вскрытие плодного пузыря как метод родовозбуждения используют очень давно, его предложил И. П. Лазаревич в 1865 г. Механизм действия: усиление мышечной активности матки при уменьшении ее объема после излития вод, т. е. появление или улучшение родовой деятельности.

Необходимым условием для амниотомии является наличие зрелой шейки матки. Преждевременное вскрытие плодного пузыря увеличивает опасность инфицирования матери и плода, приводит к ранней конфигурации его головки. В связи с этим многие авторы рекомендуют

начинать родовозбуждение при целом плодном пузыре и производить его вскрытие только тогда, когда устанавливается хорошая родовая деятельность. С целью родовозбуждения при определенной патологии беременности (многоводие, поздние токсикозы, маловодие и др.) амниотомией достаточно широко пользуются и в настоящее время.

За раннее вскрытие плодного пузыря при многоводии и плоской его форме высказывается подавляющее большинство авторов. Однако предложение вскрывать плодный пузырь всегда до полного открытия было встречено отрицательно как отечественными [15], так и зарубежными учеными.

И. И. Яковлев [16] считает возможным применять искусственный разрыв плодного пузыря (при сглаженной шейке и открытии зева матки на 2—3 поперечных пальца) у отдельных рожениц при «гипотонической» и «гипертонической» формах аномалии родовых сил.

**Кожно-головные щипцы.** А. А. Иванов [17] независимо от Уилта и Гаусса предложил для усиления родовой деятельности применять способ постоянного влечения плода за головку с помощью щипцов Мюзо с грузом 500—1000 г. Автор считает этот метод показанным при мертвом плоде и инфекции. Позднее операцию стали применять при живом плоде. Механизм действия: раздражение интерорецепторов, расположенных в области внутреннего зева нижнего сегмента матки. Показания к операции: частичное предлежание плаценты, слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод. Противопоказания к наложению щипцов: эклампсия, разгибательные вставления головки плода, клиническое несоответствие между его головкой и тазом матери.

Техника операции: на кожу затылочной области плода под контролем зрения или пальцев накладывают щипцы Мюзо, или окончатый абортцанг, или кожно-головные щипцы модели Я. И. Русина, заканчивающиеся пластинками с насечками. После замыкания щипцов к ним подвязывают стерильную капроновую нить, которую пропускают через блок, к концу ее подвешивают груз 500 г. А. А. Иванов применял груз до 2000 г. Непременным условием операции является открытие зева матки на 3—4 см. Следы на коже плода остаются после любого инструмента. В ряде случаев наблюдались инфи-



цированные раны. Высокий процент мертворождаемости — 33,3 [18]. Операция кожно-головных щипцов довольно широко применялась в СССР в 60-х годах [17—21]. Следует согласиться с мнением большинства авторов, что операция, безусловно, травматична для живого плода, не всегда приводит к желаемому эффекту, создает условия для инфицирования плода и матери и может быть применена при слабой родовой деятельности лишь после безуспешной фармакологической стимуляции. Мы также согласны с высказыванием К. Н. Жмакина [22], что щипцы нельзя держать дольше 4—6 ч, а подвешиваемый груз не должен превышать 400—600 г. Применять кожно-головные щипцы с целью родовозбуждения при живом плоде мы считаем вмешательством недопустимым.

**Вакуум-стимуляция.** С целью родоусиления используют также вакуум-аппарат. Механизм действия при этом методе тот же, что и при наложении кожно-головных щипцов. Вакуум-стимулятор применяют при открытии зева матки на 4—6 см независимо от высоты стояния головки плода.

Отрицательное давление в вакуум-аппарате создается в 0,2—0,4 кг/см<sup>2</sup>. К трубке, идущей от колпачка, наложенного на головку плода, подвешивают груз весом до 2 кг. Вакуум-стимулятором пользуются не более 1 ч, делая интервал в 5 мин через каждые 15 мин.

Вакуум-стимуляцию считают более бережной операцией, чем кожно-головные щипцы, хотя в практике применяют редко.

### **Физиотерапевтические методы**

Механизм их действия основан на возбуждении рецепторов матки или органов, находящихся с ней в анатомо-функциональной связи, например, молочной железы [23].

В прошлом столетии для родоусиления применяли спринцевание горячей водой, общую теплую ванну [24, 25]. Эти методы теперь оставлены. Ионотерапия [26], д'Арсонвализация молочных желез [27], абдоминально-сакральная фарадизация [27] не получили широкого распространения также из-за недостаточной эффективности.

В настоящее время из физиотерапевтических методов



в акушерстве широко используют общий гигиенический душ и анодическую гальванизацию головного мозга. В. М. Стругацкий [28] считает целесообразным при слабости родовой деятельности проведение вибрационного массажа сосков.

**Метод акупунктуры** в отечественном акушерстве стал использоваться в последние годы. Метод физиологичен. Сущность иглотерапии заключается в прямом рефлекторном селективном воздействии ее на сократительную функцию матки путем суммации импульсов через сегментарные отделы центральной нервной системы [29]. Наряду с этим установлено выраженное нейрогуморальное влияние акупунктуры на родовую деятельность через холин-4-серотонинергические звенья вегетативной нервной системы [30]. Родовая деятельность появляется через 5—6 мин от начала акупунктуры. Схватки достаточной силы и продолжительности наблюдаются через 30—60 мин [31].

Для возбуждения и стимуляции сократительной функции миометрия в родах применяют специальные иглы [32] в четырех биологически реактивных точках нижнего отдела живота беременных. Для получения родовозбуждающего и стимулирующего эффекта раздражение иглами наносят и поддерживают каждые 10—15 мин по 15—30 с, до установления регулярной сократительной деятельности матки. Общая продолжительность сеанса акупунктуры 1,5—3 ч в положении роженицы лежа на спине.

Для родовозбуждения этот метод используют при антенатальной гибели плода, переносенной беременности, преждевременном излитии околоплодных вод, резус-конфликте. С целью родоусиления иглоукалывание проводят как при первичной, так и при вторичной слабости сократительной деятельности матки. Метод не оказывает отрицательного влияния на мать, плод и новорожденного, прост по применению, в связи с этим рекомендуется для широкой акушерской практики [32, 33].

**Метод электроакупунктуры.** С целью регуляции слабый или при чрезмерно сильной родовой деятельности, а также при ее дискоординации стали применять электроакупунктуру. Стимуляцию биологически активных точек проводят при помощи переменного тока частотой 2—15 Гц, прямоугольными импульсами. Для достижения терапевтического эффекта применяют слабые токи

(50—70 мкА). Используют различные точки: на передней брюшной стенке, точка Хэ-гу на правой руке и Сан-инь-цзяо на левой ноге. Раздражение наносят на 2—6 точек.

Электростимуляцию матки проводят сериями в течение 15 мин с короткими паузами. Общая продолжительность электростимуляции различна — от 30 мин до 3 ч, в зависимости от эффекта. Этот метод стимуляции родовой деятельности прост, безопасен для матери и плода. При родовозбуждении схватки появляются через 5—30 мин. Авторы, применявшие этот метод, отмечают во всех случаях появление или усиление родовой деятельности.

В настоящее время стали применять раздражение рефлекторных зон и точек акупунктуры с помощью низкоэнергетических оптических квантовых генераторов — лазеров. Излучение оказывает стимулирующее влияние на ткани, без повреждающего эффекта. Воздействие лазером на биологические точки производят 5—30 с. Эффективность метода усиливается при направлении лазерного излучения непосредственно на иглы, введенные в активные точки.

**Электрическая стимуляция матки** по принципу биологического регулирования проводится специальным прибором. В Свердловском институте ОММ используют электрический прибор Г. М. Прониной [34], имеющий два режима стимуляции:

- 1) независимый — для родовозбуждения, когда при отсутствии схваток электрические импульсы подают по определенно заданной программе посылок и пауз с частотой до 30 Гц;

- 2) режим синхронизации для родоусиления, когда подача электрических импульсов определяется величиной возникающего сокращения. Импульсы подаются только в момент сокращения и до его максимальной выраженности. Г. М. Пронина, Н. М. Збыковская [35] считают метод электрической стимуляции матки наиболее физиологичным, поскольку сократительный механизм гладкомышечной клетки миометрия запускается и управляется изменением мембранного потенциала и потенциала действия. Проведенные клинические исследования у 53 женщин подтвердили эффективность электрической стимуляции по описанному способу. Метод не оказывает неблагоприятного влияния на плод.

**Электроанальгезия** детально разработана Э. М. Каструбиным [36]. Метод стали применять в акушерстве с 1968 г., вначале для обезболивания, а затем для регулирования родов. При этом используют отечественный аппарат на полупроводниках с диапазоном до 160 Гц и более. Применяют прямоугольный импульсный ток, передающийся к пациентке через две пары электродов, расположенных в области лба (раздвоенный катод) и шеи, под сосцевидными отростками (раздвоенный анод). Ступенчатое увеличение силы тока зависит от пороговых ощущений роженицы. Длительность сеанса колеблется от 1 до 2,5 ч.

Л. С. Персианинов, Э. М. Каструбин [36] успешно применяли этот метод для профилактики затяжного течения родов, при длительном прелиминарном периоде лечения слабой родовой деятельности. Авторы отмечали нормализацию сократительной деятельности матки, возрастание скорости раскрытия шейки после электроанальгезии. Одновременно наблюдали улучшение сердечной деятельности плода, выраженный обезболивающий эффект.

Регуляция родовой деятельности при электроанальгезии происходит благодаря стимулирующему влиянию импульсного тока на функцию гипоталамуса, гипофиза, ядер лимбической системы и корковых образований височных долей коры головного мозга.

**Абдоминальная декомпрессия** проводится с помощью специальных камер при давлении воздуха на 30—60 мм рт. ст. ниже атмосферного. Декомпрессию начинают при установившейся родовой деятельности и производят во время схваток от 40 мин до 6 ч. Декомпрессия дает выраженное обезболивание схваток, что способствует лучшей координации родовой деятельности и ускорению раскрытия шейки матки.

**Вибродилатация шейки матки.** Ю. И. Новиков, И. И. Семенова, Е. А. Сатановская [37] для усиления родовой деятельности использовали специально сконструированный вибродилататор, с помощью которого равномерно и дозированно воздействовали на интерорецепторы шейки матки. Проведение метода возможно при сохраненной и сглаженной шейке матки с диаметром раскрытия от 1,5 до 7 см. Общая продолжительность сеанса 25—30 мин.

Авторы предлагают использование вибродилатации



при первичной и вторичной слабости родовой деятельности, особенно при отсутствии эффекта от медикаментозной стимуляции.

Метод вибродилатации оказывает положительный эффект также при ригидности шейки матки [38].

**Аппаратный способ** Б. Н. Мошкова, Г. А. Черепня, которые в 1971 г. [157] предложили для родоусиления прибор собственной конструкции. Принцип действия: крестцово-маточное сплетение раздражается мягкими резиновыми баллонами, которые крепят на станине и вводят во влагалище с последующим заполнением дезинфицирующим раствором. Однако сами авторы получили положительный эффект лишь в 7 из 15 проведенных случаев.

**Пневматический бинт.** Е. В. Молжанинов в 1961 г. [39] сообщил об использовании при слабости потуг пневматического бинта оригинальной конструкции.

Методика применения: бинт накладывают вокруг живота роженицы, затем определяют силу потужной деятельности. Для этого в резиновой манжете создают давление 20—30 мм рт. ст. и во время потуг определяют манометром их силу. Учитывая, что при нормальной родовой деятельности потужная сила равна 160—180 мм рт. ст., подбирают добавочное давление. Между схватками воздух из манжеты выпускают. Бинт укрепляет брюшную стенку, создает опору для матки, усиливает, по данным автора, изгоняющие силы.

**Местная влагалищная гипотермия.** Метод детально разработан и предложен для родоусиления В. И. Грищенко [40]. Его применяли и ранее для остановки маточных кровотечений. В качестве охладителя используют резиновые баллоны с каркасом из проволоки, покрытой хлорвиниловой оболочкой. В полость баллона вводят две стеклянные трубки для притока и оттока охлажденной жидкости.

Внутривлагалищную гипотермию В. И. Грищенко проводил только в первом периоде родов. Уже через несколько секунд от начала охлаждения отмечено усиление сократительной деятельности матки, положительный эффект отмечен во всех случаях. Охлаждение производилось от 30 мин до 3 ч. Жалоб женщины не предъявляли. Изменений сердцебиения плода ни в одном случае не наблюдалось. Автор рекомендует применение этого метода после недостаточно эффективной гормонально-

медикаментозной стимуляции при первичной слабости родовых сил. В. И. Грищенко с успехом применял гипотермию для родовозбуждения у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод. Механизм действия внутривлагалищной гипотермии, по мнению В. И. Грищенко [40], следующий: возникает реакция матки в ответ на раздражение терморецепторов, а может быть, и механорецепторов влагалища с замыканием рефлекторных дуг на разных уровнях центральной нервной системы.

**Лечебная физкультура.** С целью стимуляции родовой деятельности и как средство профилактики раннего утомления могут использоваться физические упражнения, комплекс которых разработан С. А. Ягуновым [41]. В комплекс включены упражнения для мышц туловища, рук, ног, динамические, дыхательные упражнения и упражнения на расслабление мышц. Умение приводить мышцы в активное состояние, а также произвольно расслаблять их дает роженице возможность экономно расходовать свои силы. Упражнения проводят как сидя, так и в положении лежа на спине или на боку.

Для первого периода родов простейшим упражнением является ходьба на месте и по палате. В исходном положении стоя рекомендуются: дыхательные упражнения с разведением рук в стороны, встряхивание рук, кистей с целью расслабления мышц плечевого пояса, наклоны корпуса вперед и в стороны, повороты корпуса в стороны.

Упражнения в исходном положении лежа на спине, на боку поочередно. Затем одновременное сгибание ног в коленных суставах без отрыва стоп от поверхности постели. Поднятие вытянутых ног кнаружи и внутрь, разведение и сведение ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах, повороты на бок.

Между потугами в исходном положении лежа рекомендуется выполнение по 2—3 раза следующих упражнений: глубокое дыхание с разведением рук в стороны или подъемом их вверх (при этом можно использовать кислород), сжимание и разжимание пальцев кисти, сгибание и разгибание голеностопных суставов, поочередное выпрямление и сгибание ног, общее расслабление. Все эти упражнения легко выполнимы и могут быть рекомендованы для внедрения во все родовспомогательные учреждения.

Противопоказанием является тяжелая патология беременности (поздние токсикозы, предлежание и отслойка плаценты, преждевременное излитие вод, поперечное положение плода, экстрагенитальная патология).

### Гормонально-медикаментозные средства

Половые гормоны для регуляции родовой деятельности используют очень давно, однако научная разработка вопроса эндокринологии родового акта началась не более 20 лет назад.

Изучение влияния эстрогенов на беременную и рождающую матку привело к убеждению, что они усиливают спонтанные сокращения клеток миометрия, учащают и увеличивают потенциалы действия, усиливают их чувствительность к ацетилхолину, норадреналину, угнетают действие питоциназы, которая разрушает питуин (окситоцин) и серотонин, ацетилхолинэстеразы, вызывают усиление синтеза актомиозина, накопление гликогена и фосфорных соединений в матке, а также белков ферментной фракции.

Большинство акушеров считают показанным создание эстрогенного фона перед медикаментозным родовозбуждением. И. И. Яковлев [16] указывает, что при назначении эстрогенов следует учитывать особенности вводимого препарата, дозировку, частоту и место введения.

Из натуральных эстрогенных препаратов используют фолликулина бензоат, эстрадиола дипропионат, из синтетических — синэстрол, диэтилстильбэстрол, синтетический препарат эстрогенного действия сигетин и др.

Предлагаемые различными авторами однократные дозировки эстрогенов приведены в таблице. Многие ученые возражают против применения больших доз эстрогенов [42, 43, 16]. Н. С. Бакшеев [43] считает грубейшей ошибкой введение эстрогенов более 40—50 тыс. ЕД в сутки.

Перед родовозбуждением большинство акушеров используют двукратное в течение суток введение эстрогенов. И. И. Яковлев [16] рекомендовал для создания гормонального фона при родах применять эстрогены двукратно через 4 ч, А. П. Николаев [44] — через 2 ч. Установлено, что после внутримышечного введения масляных растворов эстрогенных препаратов необходимая их концентрация в организме достигается через 6 ч. Для более быстрого всасывания эстрогены стали вво-



дить в смеси с 1 мл наркозного эфира. Л. В. Тимошенко [45] установил, что при таком способе введения эстрогены попадают в кровь через 15—25 мин. Этот же автор предложил вводить эстрогены в смеси с 0,5 мл наркозного эфира в заднюю губу шейки матки.

Предложение использовать для родоусиления андрогены не нашло поддержки среди большинства акушеров.

#### Дозировки эстрогенов

Препарат	Однократная дозировка, тыс. ед.	Источник
Фолликулин	5	[46]
	5—10	[47—48]
	20	[49]
	30	[50]
	40	[1]
	20—60	[51]
Эстрадиола дипропионат	30—40	[52]
	10	[53]
	20	[54]
	40	[55—56]
Синэстрол	20	[57]
	50	[58]
Димэстрол	0,6 %-ный — 4 мл	[59]
	2 %-ный — 2 мл	[60—61]

**Эстрон** (фолликулин) — один из гормонов, вырабатывающихся в яичниках. Для медицинских целей эстрон получают из мочи беременных женщин и животных. В 1 мл мочи содержится 10 тыс. ЕД. Его вводят внутримышечно по 40—50 тыс. ЕД за 2—3 ч до введения родоускоряющих средств. Выпускается препарат в ампулах по 1 мл 0,05—0,1 %-ного масляного раствора.

Противопоказания: злокачественные и доброкачественные опухоли любой локализации.

**Эстрадиола бензоат** обладает большей активностью в сравнении с эстроном. Образуется в организме женщины в виде эфиров (бензоата или дипропионата). Эстрадиол мало разрушается в тканях организма, его

эфиры медленно всасываются и выделяются, оказывают длительное влияние на организм. Поэтому препарат можно вводить относительно редко, с большими интервалами между инъекциями.

Показания и противопоказания те же, что и при использовании эстрона. Вводят эстрадиола бензоат в виде 0,1 %-ного масляного раствора внутримышечно. Разовая доза 0,001—0,0015 г, т.е. 10—15 тыс. ЕД, так как активность 1 мг эстрадиола бензоата соответствует 10 тыс. ЕД.

**Эстрадиола дипропионат** оказывает сильное, замедленное и продолжительное эстрогенное действие. Показания и противопоказания к применению такие же, как и у эстрона. Препарат вводят внутримышечно по 1 мл, выпускают в виде 0,1 %-ного раствора в ампулах по 1 мл.

**Синэстрол** по химическому строению отличается от стероидных эстрогенных препаратов, но по биологическим и лечебным свойствам близок к ним. По эстрогенной активности равен эстрону, 1 мг синэстрола соответствует 10 тыс. ЕД. Его выпускают в таблетках по 0,001 г, а также в ампулах по 1 мл в виде масляного раствора (0,1—2 %-ный). 2 %-ный раствор рекомендуется только для лечения больных со злокачественными новообразованиями. Его вводят внутримышечно.

Синэстрол и его аналоги (диэтилстильбэстрол, димэстрол, октэстрол) противопоказаны при заболевании печени и почек.

Высшая разовая доза — 0,002, суточная — 0,003 г.

**Диэтилстильбэстрол** по эстрогенной активности превосходит эстрон и синэстрол, 1 мг препарата соответствует 20 тыс. ЕД. Диэтилстильбэстрол применяют внутрь и внутримышечно, высшие дозы: разовая — 0,001, суточная — 0,003 г. Не следует назначать препарат при заболеваниях печени и почек. Его выпускают в таблетках по 0,001 г и в ампулах по 1 мл с 3 %-ным масляным раствором (в одной ампуле 30 мг). 3 %-ный раствор применяют только при лечении больных со злокачественными новообразованиями.

**Диэтилстильбэстрола пропионат** по эстрогенной активности близок к диэтилстильбэстролю, оказывает более продолжительное действие, в связи с этим его можно вводить с большими промежутками. Противопоказания те же, что и у диэтилстильбэстрола, выпускают в ампу-

лах по 1 мл с 0,1 и 0,5 %-ным раствором, вводят внутримышечно.

**Сигетин** — препарат нестероидного строения. Он улучшает плацентарное кровообращение, выраженного эстрогенного действия не оказывает. Применяется как родоускоряющее и лечебное профилактическое средство при внутриутробной гипоксии плода. При первых признаках начавшейся внутриутробной гипоксии можно вводить внутривенно по 2—4 мл 1 %-ного раствора препарата (лучше в 20—40 мл 20 %-ного раствора глюкозы). Введение сигетина можно повторять через 30 мин — 1 ч. Применение препарата во время родов противопоказано при массивной кровопотере и преждевременной отслойке плаценты. Сигетин выпускают в таблетках по 0,05 и 0,1 г и в ампулах по 1 и 2 мл 1 %-ного раствора.

Средства, стимулирующие сокращение матки, наиболее целесообразно применять после создания «фона готовности», т. е. после введения эстрогенов, глюкозы, витаминов С и В<sub>1</sub>, хлористого кальция [54, 16, 61].

**Хинин** является одним из наиболее старых и распространенных средств, включенных в большинство схем родовозбуждения и родоусиления. Это алкалоид, содержащийся в коре хинного дерева. Препарат быстро выводится из организма, угнетает активность холинэстеразы, тем самым предохраняет от разрушения ацетилхолин. Возбуждает мускулатуру матки и усиливает ее сокращение, кроме того, угнетает терморегулирующие центры и понижает температуру при лихорадочных заболеваниях.

Гидрохлорид и дигидрохлорид хинина назначают внутрь. Их выпускают в таблетках, порошках, облатках или капсулах, для подкожных инъекций — в виде 50 %-ного раствора. Суточная доза беременным не должна превышать 1 г.

Противопоказания: повышенная чувствительность к препарату, заболевания среднего и внутреннего уха. В литературе имеются указания на неблагоприятное влияние хинина на внутриутробный плод. Препарат обычно назначают внутрь дробными дозами от 0,05—0,2 г на прием с промежутками от 15—20—30 мин до 1 ч. И. И. Яковлев [16] предупреждает, что к дозировке хинина следует относиться с осторожностью, и считает максимальной однократной дозой 0,1 г.

Большинство акушеров пользуются хинином в соче-



тании с питуитрином, карбохолином, касторовым маслом.

**Питуитрин** — препарат, получаемый из задней доли гипофиза крупного рогатого скота. Основными действующими веществами питуитрина являются окситоцин и вазопрессин. Первый вызывает сокращение мускулатуры матки, второй — сужение капилляров и повышение артериального давления. Чувствительность матки к питуитрину увеличивается с возрастанием срока беременности. Особенно сильно матка отвечает на введение препарата при наличии родовой деятельности. 1 мл препарата соответствует 5 ЕД. Питуитрин вводят подкожно или внутримышечно. Внутривенно его вводят капельно в растворе глюкозы. Высшая разовая доза 10 ЕД, суточная — 20 ЕД.

Препарат противопоказан при миокардите, гипертонической болезни, сепсисе, нефропатии, гипертензии любого происхождения. В большинстве предложенных для родоусиления и родовозбуждения схем питуитрин используют в дозах 0,2—0,25—0,3 мл через 15—30—60 мин, общая доза 1—1,2 мл. Часто питуитрин применяют в сочетании с хинином, карбохолином и другими препаратами. В настоящее время шире используют окситоцин.

**Гифотоцин** — очищенный экстракт задней доли гипофиза крупного рогатого скота. По сравнению с питуитрином содержит меньше вазопрессина; действие и способ введения те же. 1 мл препарата соответствует 5 ЕД. Общее количество гифотоцина, введенного для искусственного вызывания родовой деятельности, не должно превышать 5—10 ЕД.

**Окситоцин** — синтетический препарат, основным фармакологическим свойством которого является способность вызывать сильные сокращения мускулатуры матки, особенно беременной. По действию на матку сходен с естественными препаратами задней доли гипофиза (питуитрином и гифотоцином), существенно не повышает артериального давления. Окситоцин может вводиться внутривенно без опасности анафилактического действия, а также и внутримышечно. Его выпускают в ампулах по 1 мл, соответствующему 5 ЕД.

Противопоказания: неправильное положение плода, несоответствие размеров головки плода и таза матери, наличие рубцов на матке, угрожающий разрыв. Одно-

моментная внутривенная доза препарата 0,2 мл (1 ЕД) в 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы допустима лишь при полном открытии шейки матки и наличии условий для быстрого естественного родоразрешения. Окситоцин является синергистом ацетилхолина. Эти факторы, взаимно усиливая контрактильный эффект друг друга на матку, играют важнейшую роль в процессе родового акта.

В последние годы с целью родоусиления и родовозбуждения окситоцин стали широко применять в дозе 5 ЕД в 500 мл 5 %-ного раствора глюкозы внутривенно капельно. Внутривенное введение вызывает быстрое (через 0,5—1 мин) усиление схваток. Имеются указания о неблагоприятном влиянии этого метода родоусиления на внутриутробный плод: увеличение случаев гипоксии.

**Дезаминоокситоцин** — синтетический полипептид. Препарат превосходит в 2 раза окситоцин по действию на матку и оказывает еще меньшее вазопрессорное действие, чем окситоцин. Дезаминоокситоцин хорошо всасывается через слизистую оболочку полости рта, поэтому может применяться трансбуккально. Таблетку закладывают за щеку попеременно с правой и левой сторон рта (не разжевывая и не проглатывая) и держат до полного рассасывания около 30 мин. Применяют препарат для возбуждения и усиления родовой деятельности. Выпускают в таблетках по 50 ЕД. Максимальная доза 500 ЕД (10 таблеток). Препарат не оказывает неблагоприятного влияния на течение родового акта и состояние плода.

**Пахикарпин** — алкалоид, содержащийся в растении софора толстоплодная. С медицинской целью его применяют в качестве ганглиоблокатора при спазмах периферических сосудов. Одной из важных особенностей пахикарпина является его способность повышать тонус и усиливать сокращения мускулатуры матки. Применяется при слабости схваток и потуг, не приводит к повышению АД. Назначается внутрь, подкожно и внутримышечно.

Стимулирующее действие пахикарпина начинает проявляться через 5—30 мин после введения. Для большей эффективности можно назначить одновременно внутрь хинин по 0,2 г каждые 30 мин, всего 4 раза.

Противопоказания: нарушение функции печени и почек, выраженные расстройства сердечной деятель-

ности. Препарат выпускают в порошках, таблетках по 0,1 г и в ампулах — 2 мл 3 %-ного раствора, в свечах, содержащих 0,1 г пахикарпина.

**Прозерин** — синтетическое антихолинэстеразное вещество. Применяется для лечения атонии кишечника и мочевого пузыря, а также для стимулирования родовой деятельности. Тормозит действие холинэстеразы. Препарат назначают внутрь или под кожу. Высшая разовая доза внутрь — 0,015 г, суточная — 0,05; под кожу разовая — 0,002 г, суточная — 0,006.

Противопоказан при эпилепсии, гиперкинезии, бронхальной астме, стенокардии. Препарат выпускают в порошках, таблетках по 0,015 г и ампулах по 1 мл 0,05 %-ного раствора. Для родовозбуждения не применяется, так как оказывает свое действие лишь при имеющейся сократительной деятельности матки.

**Маммофизин** — препарат, полученный из задней доли гипофиза крупного рогатого скота и экстракта молочной железы лактирующих коров (1:1). Его выпускают в ампулах по 1 мл, соответствующему 3 ЕД. Препарат оказывает окситоическое (маточное), вазопрессорное и антидиуретическое действие. Препарат рекомендован при послеабортной субинволюции матки, маточных кровотечениях. Назначается дробными дозами по 0,3—0,4 мл. Противопоказан при выраженной артериальной гипертензии, тромбофлебите, сепсисе.

**Масло касторовое** (клещевинное). После приема внутрь оно расщепляется липазой в тонком кишечнике с образованием рицинолевой кислоты, которая вызывает раздражение рецепторов кишечника и усиление перистальтики. При бурной перистальтике кишечника вырабатывается и поступает в кровь ацетилхолин, являющийся передатчиком возбуждения сокращений маточной мускулатуры.

Назначается для стимуляции родовой деятельности внутрь по 30—60 г в сочетании с хинином, питуитрином (или пахикарпином) и другими препаратами.

**Лимонник китайский** оказывает возбуждающее влияние на центральную нервную систему, стимулирует сердечно-сосудистую систему и дыхание. При умственном и физическом утомлении повышает работоспособность. Назначается внутрь в виде спиртовой настойки из плодов лимонника по 20—30 капель или порошков по 0,5 г. Применяют натошак.



Противопоказания: гипертензия, нарушение сердечной деятельности. При передозировке возможно перевозбуждение нервной и сердечно-сосудистой систем. Выпускается во флаконах по 50 мл.

**Карбохолин** по фармакологическим свойствам близок к ацетилхолину, более активен, не гидролизруется холинэстеразой. Внутрь назначается по 0,0005—0,001 г подкожно и внутримышечно по 0,0001—0,00025 г.

Высшие разовые дозы: внутрь 0,001, подкожно 0,0005 г. Высшие суточные дозы: внутрь 0,003, под кожу 0,001 г. Возможные побочные явления: жар, слюнотечение, тошнота, брадикардия. Выпускается в таблетках по 0,001 и ампулах по 1 мл 0,01 %-ного и 0,025 %-ного растворов.

**Сферофизин** — алкалоид, выделенный из растения сферофиза солончаковая. Оказывает блокирующее действие на н-холинореактивные системы вегетативных ганглиев и вызывает понижение артериального давления. Кроме того, повышает тонус и усиливает сокращение мускулатуры матки.

Применяется при слабой родовой деятельности, кровотечениях в послеродовом периоде. Может использоваться у рожениц с гипертонией и атеросклерозом, когда питуитрин противопоказан. Разовая доза — 0,05, суточная — 0,1 г. Выпускается в порошках или ампулах по 1 мл 1 %-ного раствора.

**Ветразин** вызывает повышение тонуса и усиление сокращений матки. Применяется для стимулирования сокращений матки при первичной и вторичной слабости родовой деятельности, можно использовать для искусственного вызывания родов. Вводят под кожу или внутримышечно, начиная с 1 мл 1 %-ного раствора, при необходимости через 30—40 мин — дополнительно 1—1,5 мл 1 %-ного раствора. Для поддержания родовой деятельности возможно повторное введение препарата в той же дозе через 1,5—2 ч. Целесообразно применение ветразина после предварительного назначения эстрогенных препаратов.

Ветразин усиливает чувствительность матки к окситоцину. После применения ветразина окситоцин следует назначать в уменьшенных дозах. Ветразин действует сильнее после предварительного использования окситоцина.

Противопоказания те же, что и у окситоцина, кроме

того,— состояние сильного возбуждения, заболевания печени. Выпускается в таблетках по 0,005 и 0,02 г и ампулах по 1 мл 1 %-ного раствора.

**Серотонин** является биогенным амином, содержащимся в различных органах и тканях организма. Как уменьшение, так и увеличение серотонина в крови способствует появлению аномалий сократительной деятельности матки [62]. Вызывает сокращения гладкой мускулатуры внутренних органов и сужение кровеносных сосудов. Он укорачивает время кровотечения, повышает агрегацию тромбоцитов. Предложен в качестве гемостатического средства.

Препарат противопоказан при заболеваниях почек, сопровождающихся анурией, гипертонической болезни II—III стадий, острых тромбозах, отеке Квинке, при заболеваниях, сопровождающихся повышением свертываемости крови. Выпускается в виде серотонина адипината и серотонина креатинсульфата.

Суточная доза для взрослого — 0,015—0,02 г. Для внутривенных вливаний препарат разводят в изотоническом растворе натрия хлорида, затем в 5 %-ном растворе глюкозы. Форма выпуска: порошки и ампулы по 1 мл 1 %-ного раствора.

**Простагландины** являются группой биогенных физиологически активных веществ, содержащихся в различных органах и тканях организма. Из тканей организма выделено около 20 простагландинов. Простагландины обладают многогранной физиологической активностью. Предполагают, что они являются гормоноподобными веществами (местными гормонами), регулирующими клеточный метаболизм. Наиболее характерно влияние простагландинов на сократительную активность мускулатуры.

Простагландины  $E_2$  и  $F_{2\alpha}$  вызывают сокращение мускулатуры матки. Простагландины  $E_2$  и  $F_{2\alpha}$  применяют в акушерстве для искусственного прерывания беременности, родовозбуждения и родостимуляции. Простагландин  $F_{2\alpha}$  используют для вызывания сократительной деятельности матки в любом сроке беременности независимо от зрелости шейки матки и степени раскрытия. Основными способами введения являются внутривенный, экстра- и интраамниальный.

Способ введения и дозу выбирают в зависимости от показаний и переносимости. Для прерывания беремен-

ности в сроке до 15 недель рекомендуется экстраамниальное введение, а после него интраамниальное. Для интраамниального введения следует вводить  $F_{2a}$  в дозе 40 мг однократно. При экстраамниальном введении показано  $F_{2a}$  по 250—1000 мкг через каждые 1—2 ч.

Для возбуждения и стимулирования родовой деятельности предлагается вводить  $F_{2a}$  внутривенно капельно из расчета 4—5 мкг/мин.

Возможны побочные явления: тошнота, рвота, понос, тахикардия, бронхоспазм. В ответ на введение простагландина вначале возникают, как и при развитии самопроизвольных родов, нерегулярные схватки малой интенсивности, лишь через 0,5—1 ч устанавливаются хорошие регулярные схватки.

Исследования показали отсутствие отрицательного влияния простагландина на функциональное состояние плаценты, плода и новорожденного. Действие простагландина более физиологично по сравнению с окситоцином. При коррекции родовой деятельности простагландинотом отмечено достоверное снижение содержания в крови прогестерона и повышение эстрогенов [63].

**Витамин  $B_1$**  (*Vitaminum B<sub>1</sub>*), тиамин (*Thiaminum*). Для медицинских целей применяются синтетические препараты тиамина бромид и тиамина хлорид. Витамин  $B_1$  входит в состав ряда ферментов и участвует в углеводном обмене. Он является основной частью молекулы кокарбоксилазы. Недостаточность витамина  $B_1$  в организме приводит к нарушению углеводного обмена, накоплению в тканях молочной и пировиноградной кислот. Суточная потребность витамина  $B_1$  составляет для взрослого человека около 2 мг, при тяжелом физическом труде (роды) потребность в витамине повышается. Препарат витамина  $B_1$  применяют внутрь после еды и парентерально.

Тиамин противопоказан лицам с аллергическими заболеваниями и лекарственной непереносимостью в анамнезе. В отдельных случаях возможны аллергические реакции (отек Квинке, крапивница, кожный зуд).

Витамин  $B_1$  потенцирует контрактильный эффект действия ацетилхолина на миометрий, повышает чувствительность матки к питуитрину, блокирует холинэстеразу, участвует в образовании ацетилхолина. В работах [64] указано, что при недостаточности в организме витамина  $B_1$  в 2 раза чаще развивается слабость родо-



вой деятельности. Применение витамина  $B_1$  усиливает сократительную деятельность матки в 80,8 % случаев.

**Аскорбиновая кислота. Витамин С.** Для медицинских целей аскорбиновую кислоту получают синтетическим путем. Она участвует в регулировании окислительно-восстановительных процессов, углеводного обмена, свертываемости крови, регенерации тканей, в образовании стероидных гормонов. Организм человека не способен сам синтезировать витамин С, потребность в нем удовлетворяется витамином, вводимым с пищей.

Суточная потребность в аскорбиновой кислоте для взрослого человека составляет 70—100 мг. Назначают аскорбиновую кислоту внутрь после еды, внутримышечно или внутривенно. Выпускается в ампулах по 1—2 мл 5 %-ного раствора, в порошках, драже по 0,05 г, таблетках по 0,025 и 0,1 г.

**Галаскорбин** — комплексное соединение натриевых солей аскорбиновой и галловой кислот. Действие препарата связано с наличием в нем аскорбиновой кислоты (содержание аскорбиновой кислоты в препарате около 20 %) и с вяжущим действием галлата натрия. Галловая кислота и ее соли в некоторой степени обладают также свойствами витамина Р, препараты участвуют в окислительно-восстановительных процессах. Галаскорбин применяется внутрь в виде таблеток или порошка по 0,5 г 3—4 раза в день. При приеме препарата внутрь возможны тошнота, рвота, которые проходят после отмены препарата. Противопоказан при тиреотоксикозе.

Форма выпуска: порошок и таблетки по 0,5 г.

Н. С. Бакшеев [65] указывает, что галаскорбин оказывает значительное влияние на биохимические процессы в миометрии. Насыщение организма галаскорбином приводит к усилению родовой деятельности, повышает чувствительность матки к питуитрину, ацетилхолину [66]. Галаскорбин рекомендуют с профилактической целью беременным перед родами.

**Глюкоза** является источником легкоусвояемого организмом ценного питательного материала. При сгорании глюкозы в тканях выделяется значительное количество энергии, которая служит для осуществления функций организма, повышает обмен веществ. Выпускается в ампулах по 10—20, 25 и 50 мл 5—10 и 40 %-ных растворов.

В. Н. Хмелевский [67] называет глюкозу физиоло-

гическим стимулятором сокращений маточной мышцы.

**Кальция хлорид.** Кальций играет важную роль в жизнедеятельности организма. Ионы кальция необходимы для процесса передачи нервных импульсов, сокращения мышц скелета и сердца, тонизируют матку, увеличивают ее чувствительность к сокращающим веществам. В сочетании с другими средствами применяется для усиления сократительной деятельности матки. Кальция хлорид назначают внутрь по одной столовой ложке 5—10 %-ного раствора после еды и внутривенно по 5—10—15 мл раствора. (Вводить медленно.) Растворы кальция хлорида нельзя назначать под кожу или внутримышечно, так как они вызывают сильное раздражение и некроз тканей.

Кальция хлорид противопоказан при склонности к тромбозам. Выпускается в ампулах по 5 и 10 мл 10 %-ного раствора.

**Кальция глюконат** по свойствам, показаниям и противопоказаниям к применению близок к кальция хлориду. Оказывает меньшее местное раздражающее действие и поэтому пригоден для подкожного и внутримышечного введения, а также для внутривенного и внутрь.

## Глава II

### МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГОТОВНОСТИ ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ ПЕРЕД РОДОВОЗБУЖДЕНИЕМ

Термин «готовность к родам» появился в отечественной и зарубежной литературе во второй половине XX века. Им обозначают завершенность изменений, происходящих перед родами в организме беременной. Эти изменения в первую очередь касаются центральной нервной системы, в которой перед родами формируется так называемая «родовая доминанта» [68, 16, 69, 70].

Л. С. Персианинов [71], Р. С. Орлов [72] считают, что родовая доминанта является результатом общих изменений в организме беременной, в том числе и в половом аппарате. Перестройка организма перед родами, связанная с завершением формирования родовой доминанты, происходит в последние 14—17 дней беременности [11].

Существует ряд методов, которые дают возможность судить о готовности организма беременной к родам. К ним относятся: окситоциновый тест, рефлекс молочной железы, цитологическое исследование влагалищных мазков, определение «зрелости» шейки матки, гистерография.

#### Окситоциновый тест

Исходя из того, что чувствительность матки к окситоцину перед родами повышается, *Smith* [13] предложил внутривенное введение пороговой дозы окситоцина, вызывающей сокращение матки. Методика проведения пробы: беременная должна находиться в горизонтальном положении в состоянии полного покоя в течение



15 мин, чтобы предотвратить возможность сокращения матки, вызванное другими факторами. Раствор окситоцина готовят из расчета 0,01 ЕД препарата в 1 мл 0,85 %-ного раствора хлорида натрия. Раствор набирают в 10-граммовый шприц и вводят внутривенно. Вначале проверяют, не привела ли венепункция к сокращению матки. Затем приступают к толчкообразному введению раствора по 1 мл, с интервалами в 1 мин между каждым введением. Вводить рекомендуется не более 5 мл, при этом врач пальпаторно определяет сокращение матки. При появлении сокращения введение раствора прекращают. Тест считается положительным, если сокращение матки появляется в первые 3 мин, т. е. при введении 1—2 или 3 мл раствора. Это указывает на возможность наступления родов в течение ближайших 1—2 суток.

Окситоциновый тест нашел широкое применение в акушерской практике при определении готовности организма женщины к родам перед назначением родовозбуждения [11, 71]. Большинство клиник пользуются этим тестом по модификации *Baumgarten* и *Hofhanse*, которые рекомендовали медленное введение 1 мл раствора (0,01 ЕД окситоцина) в течение 1 мин.

### Рефлекс с молочной железы

Повышение биоэлектрической активности матки при воздействии на молочную железу молокоотсосом в течение 1 мин было названо Г. И. Лисовской рефлексом с молочной железы [73]. Исследование рефлекса с молочной железы в конце беременности, по мнению автора, помогает определить не только функциональную способность матки, но и подготовленность рефлекторных связей к родовой деятельности. У большинства женщин, имеющих латентный период менее 1 мин, роды наступали через 7—8 дней после исследования, а при латентном периоде в несколько минут — через 2 недели и более.

Рефлекс с молочной железы считают целесообразным включить в комплекс готовности организма к родам при перенесенной беременности и преждевременном излитии вод [74, 75].

## Цитологическое исследование влагалищных мазков

По клеткам влагалищного содержимого можно судить об изменениях в гормональном балансе организма в течение беременности, и особенно в самом ее конце. Это определяет ценность цитологического метода исследования влагалищных мазков. Метод позволяет судить о готовности гормональной перестройки организма.

Техника взятия мазка: материал забирают с боковой стенки влагалища на границе верхней и средней третей с помощью шпателя или ватного тупфера, затем наносят на предметное стекло. Стекло погружают в фиксирующую жидкость (эфир и этиловый спирт в равных количествах). Окраска мазка полихромная. Исследования производят с иммерсионной системой.

Во время беременности (со второго триместра) нормален мазок, в котором обнаруживаются ладьевидные клетки, цианофильно окрашивающиеся, тесно прилегающие друг к другу. В последние две недели нормально протекающей беременности Жидовски Я. [76] различает следующие четыре типа влагалищных мазков.

I тип — «поздний срок беременности». В мазке ладьевидные клетки располагаются скоплениями, промежуточных клеток в 3 раза меньше, поверхностных — почти нет. Цитоплазма цианофильна, лейкоцитов и слизи нет. Эозинофильных клеток — 1 %, пикнотический индекс — 3 %. Наступление родов при этом типе мазка следует ожидать через 10 дней.

II тип — «незадолго до родов». Количество ладьевидных и промежуточных клеток одинаково, клетки могут располагаться изолированно, скопления распадаются, появляются поверхностные клетки. Эозинофильный индекс — 2 %, пикнотический — 6 %. Роды можно ожидать через 4—8 дней.

III тип — «срок родов». В мазке преобладают промежуточные клетки, поверхностных определяется до 4 %. Скопления клеток отсутствуют, увеличивается количество слизи и лейкоцитов. Эозинофильный индекс — 8 %, пикнотический — до 20 %. Роды можно ожидать через 5 дней.

IV тип — «несомненный срок родов». Преобладают поверхностные клетки, расположенные изолированно, ладьевидных почти нет, промежуточные — единичные. Эозинофильный индекс — до 20 %, пикнотический —

до 40 %. Роды ожидаются в первые три дня. III и IV типы мазка расценивают как готовность организма к родам [76, 11, 71].

Л. С. Персианинов [71] указывает, что перед возбуждением родовой деятельности особую ценность представляет изучение кольпоцитогрaмм в динамике с учетом влияния вводимых эстрогенов. У беременных с трансформацией клеточных элементов, указывающей на повышение эстрогенной насыщенности, возбуждение родовой деятельности, как правило, эффективно.

### Зрелость шейки матки

Мнение о том, что изменения в шейке матки наступают только с началом родовой деятельности, держалось среди акушеров длительное время, несмотря на то что *Schralder* [25] указывал на ее укорочение и размягчение в конце беременности. В настоящее время вопрос о морфологических, биохимических и гистохимических изменениях в тканях шейки матки перед родами не подлежит сомнению. Эти изменения находят свое отражение в консистенции, длине, степени проходимости шейки, состоянии нижнего сегмента и месторасположении шейки в малом тазу.

Впервые описание состояния шейки матки, готовой к родам, было дано *Desnoo* и *Wolf*, они называли ее созревшей. Позднее большинством авторов были приняты термины «зрелая» и «незрелая» шейка матки [11, 77—79]. А. П. Голубев [1] выделяет еще «промежуточное» состояние шейки. Г. Г. Хечинашвили [11], наиболее полно из отечественных ученых разработавший вопрос об определении зрелости шейки матки, описывает четыре разновидности состояния шейки в зависимости от готовности ее к родам.

1. Незрелая шейка матки. Консистенция шейки плотная целиком или по ходу цервикального канала. Влагалищная часть сохранена (может быть выше 4 см длины) или слегка укорочена. Наружный зев закрыт, лежащая часть через своды определяется неотчетливо. Шейка располагается на середине расстояния между верхним и нижним краями лонного сочленения, отклонена в сторону от проводной оси, располагается ближе к лону или мысу. Толщина стенки шейки до 2 см.

2. Созревающая шейка матки размягчена не полно-



стью, по ходу канала и в области внутреннего зева отмечается уплотнение. Влагалищная часть шейки матки укорочена, у первородящих наружный зев пропускает кончик пальца, у повторнородящих шеечный канал проходим до внутреннего зева. Разница между длиной шеечного канала и влагалищной части шейки матки более 1 см. Канал часто изогнут, толщина стенки влагалищной части шейки матки 1,5 см. Влагалищная часть шейки располагается в стороне от проводной линии таза. Наружный зев не опускается за нижний край симфиза.

3. Не полностью созревшая шейка матки размягчена почти полностью, лишь в области внутреннего зева еще определяется участок плотноватой ткани, шейка укорочена, канал проходим для одного пальца во внутренний зев, у первородящих — с трудом. Шеечный канал часто изогнут. Разница между длиной влагалищной части и шеечного канала не менее 1 см, отсутствует его плавный переход на нижний сегмент. Предлежащая часть пальпируется через своды. Стенка влагалищной части заметно истончена (до 1 см). Наружный зев определяется на уровне нижнего края симфиза, расположен ближе к проводной оси таза.

4. Зрелая шейка матки полностью размягчена, укорочена или резко укорочена, шеечный канал свободно пропускает один палец и более, имеет типичную форму для перво- и повторнородящих, плавно переходит на нижний сегмент. Через своды влагалища четко пальпируется предлежащая часть плода. Стенка влагалищной части шейки матки истончена до 4—5 мм, влагалищная часть расположена по проводной оси таза.

Таким образом, Г. Г. Хечинашвили оценивает зрелость шейки матки по совокупности нескольких признаков. По его данным, окончательное формирование зрелости шейки матки у 90 % женщин происходило за 10 дней до наступления родов [11].

Наличие зрелости шейки матки должно учитываться перед родовозбуждением. Большое значение оценке зрелости шейки матки придают Л. С. Персианинов [71], В. М. Федорова [80], некоторые авторы считают именно этот метод определения готовности к родам основным [11].

В литературе встречаются неоднократные указания на отсутствие эффекта от возбуждения родов, когда

определилась незрелая шейка матки. Если же роды все-таки наступали, то осложнялись дискоординацией сократительной деятельности матки [80], [11].

### Электрогистерографические исследования

Метод объективной аппаратной регистрации сократительной деятельности матки в течение беременности и родов начал изучаться 100 лет назад, но получил широкое распространение в последние 25 лет. Для изучения контрактильной функции матки было предложено множество способов.

В СССР наиболее детально разработаны методы наружной гистерографии, рео- и электрогистерографии.

1. Наружная гистерография. Отечественными учеными были предложены многоканальные гистерографы [81], позволяющие регистрировать сократительную активность различных отделов передней поверхности матки при беременности в родах с помощью датчиков, располагаемых на передней брюшной стенке.

Во Всесоюзном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии при родах используют четыре датчика: два кладутся на дно матки справа и слева от средней линии, третий — на уровне пупка (тело матки) и четвертый — на 3—4 см выше лона (нижний сегмент). Полученная запись позволяет судить о характере сокращений указанных разделов матки, об особенностях течения родов. С помощью этого метода можно выявить патологию сократительной деятельности матки еще до появления клинических признаков и своевременно начать лечение [71]. Этот метод следует считать лучшим для выявления дискоординированной родовой деятельности.

Наружная гистерография может быть использована и для выявления пониженной или нормальной активности матки перед родовозбуждением.

2. Электрогистерография. При этом методе используют аппараты, регистрирующие медленную биоэлектрическую активность матки [73] или передней брюшной стенки. Многочисленные исследования, проведенные в течение беременности, показали, что медленная биоэлектрическая активность матки (МБАМ) изменяется в различные сроки нормально протекающей беременности, а также при патологических состояниях. Установлено, что

МБАМ снижается у подавляющего большинства беременных женщин, имеющих перенашивание. По мере увеличения перенашивания прогрессирует и снижение МБАМ [73].

При изучении МБАМ в динамике у женщин с многоплодной беременностью особенно часто наблюдалось увеличение ее в 33—36-недельном сроке и уменьшение по мере дальнейшего прогрессирования беременности и перерастяжения матки [82].

Полученные при беременности записи позволяют судить и о реакции в ответ на рефлекс с молочной железы и введение питуитрина [73].

3. Реогистерография. Метод разработан в Свердловском институте охраны материнства и младенчества [83, 84]. Между двумя наружными электродами измеряют сопротивление матки, в результате можно по записи судить о ее сократительной активности в целом. В. Н. Кузнецов [84] производил исследования в течение беременности, в том числе в самом ее конце, с применением окситоцинового теста и полагает, что с помощью этого метода можно прогнозировать слабость родовой деятельности. Мы пользовались реогистерографией для диагностики угрожающих преждевременных родов и переносной беременности. Мы считаем, что данный метод исследования помогает судить об эффективности терапии при угрозе недонашивания, а также предугадать нарушение сократительной деятельности матки при запоздалых родах.

### Радиотелеметрия

При данном методе исследования в полость матки через цервикальный канал экстра- или интраовулярно вводят миниатюрный транзисторный передатчик, дающий информацию о внутриматочном давлении. Сигналы принимаются аппаратом, регистрирующим сократительную деятельность матки. Этим методом пользовались С. Н. Давыдов, В. Т. Алекшер, М. Я. Блок, Л. С. Персианинов с соавт. [85, 71]. Метод радиотелеметрии позволяет судить о характере сократительной деятельности матки при беременности и во всех периодах родов.

Все перечисленные методы могут быть использованы для оценки состояния матки перед родовозбуждением, а также в процессе родов для своевременной диагностики слабости сократительной деятельности матки.



### Глава III

## ПОДГОТОВКА ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ. МЕТОДЫ ВОЗБУЖДЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Искусственное вызывание родовой деятельности, или родовозбуждение, является чрезвычайно ответственной и трудной задачей в практическом акушерстве. Трудной потому, что вызывать сократительную деятельность матки часто приходится задолго до срока родов, когда подготовка к родам организма женщины еще не закончена. В связи с этим родовозбуждение следует проводить с предварительной подготовкой при постоянном контроле за изменениями в организме беременной.

Большое значение для возникновения родовой деятельности и правильного течения имеет готовность шейки матки, чувствительность матки к окситоцину. Большую прогностическую роль, чем функциональная проба, определяющая готовность организма беременной к родам, имеет зрелость шейки матки. При длинной плотной шейке матки начинать родовозбуждение без специальной подготовки не следует, так как оно не приведет к возникновению родовой деятельности либо сократительная деятельность матки будет протекать с патологическими отклонениями (слабость, дискоординация).

Для подготовки организма к родам предложен ряд методик. Наиболее распространена из них следующая.

Внутривенное введение 40 %-ного раствора глюкозы — 40 мл и 10 мл 10 %-ного раствора хлористого кальция с витамином  $B_1$  (6 %-ный раствор — 1 мл) и витамином  $C$  (5 %-ный раствор — 10 мл) в сочетании с

внутримышечными инъекциями фолликулина по 10 тыс. МЕ дважды в день. Длительность подготовки определяется изменениями со стороны шейки матки.

Для подготовки к родам беременных с высоким риском слабости сократительной деятельности матки применяется электроанальгезия. Используется аппарат «Электронаркон-1». Подготовка проводится 10 дней ежедневно. Сеансы электроанальгезии продолжаются по 60—120 мин, сила тока — от 1,5 до 2,5 мА, частота колебаний импульсов — от 500 до 700 Гц.

Метод дает хорошие результаты, что отмечено Э. М. Каструбиным [36] и Е. Т. Михайленко [33].

Комплексный метод родовой подготовки беременных с повышенным риском развития слабости родовой деятельности предложен Е. Т. Михайленко [33]. Он включает 7—10-дневную терапию:

1. Эстрадиола дипропионат — 300—500 МЕ/кг массы тела внутримышечно 1—2 раза в сутки.

2. Серотонин — 10 мг внутримышечно через день, до 5 раз. 1 мл 1 %-ного раствора серотонина перед инъекцией разводят в 5 мл 0,5 %-ного раствора новокаина.

3. Галаскорбин — 1 г внутрь 3 раза в день.

4. Глютаминовая кислота — 1 г внутрь 3 раза в день с последующим полосканием полости рта 2 %-ным раствором гидрокарбоната натрия.

5. Кобальта хлорид — 25—30 капель 2 %-ного раствора 3 раза в день.

6. Арахиден — 20 капель 2 раза в день во время еды.

7. Кальция хлорид — 10 мл 10 %-ного раствора и 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы внутривенно 1 раз в день.

8. Калия хлорид — 10 %-ный раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день.

9. Тиамин хлорид — 1 мл 5 %-ного раствора или кокарбоксилазу — 100 мг внутримышечно 1 раз в день.

10. Альбумин — 100 мл 10 %-ного раствора внутривенно через день.

11. Натрия гидрокарбонат — 50 мл 7 %-ного раствора внутривенно сразу после вливания альбумина через день.

12. Оксигенация — через герметичную маску по 30 мин ежедневно.

13. При наличии отеков и признаках нефропатии на протяжении 5—6 дней назначают диуретические сред-

ства — гипотиазид по 25 мг 3 раза в день или фуросемид по 50 мг 2 раза в день не более 5 дней.

В основу дородовой подготовки путем стимуляции эндогенного синтеза простагландина  $F_{2\alpha}$ , по Е. Т. Михайленко и М. Я. Чернеге [33], положено применение арахидоновой, линолевой и линоленовой кислот — предшественников простагландинов. Эту подготовку проводят 7—10 дней.

1. Линетол — 1 столовая ложка 2 раза в день утром и вечером во время еды или арахиден (20 капель 2 раза в день) внутрь.

2. Глютатион — 100 мг 3 раза в день перед едой.

3. Гепарин — 2500 ЕД на 3-й и 6-й дни подготовки внутримышечно.

4. Ингаляция кислорода — 2 раза в день по 30 мин или кислородная пена — 2 раза в день (утром и вечером).

5. Ультрафиолетовое облучение поясничной области — ежедневно (субэритемная доза).

Авторы отметили высокую эффективность данного метода.

Улучшение состояния шейки матки считается хорошим прогностическим признаком при возбуждении родовой деятельности. В литературе имеется мнение, что родовозбуждение, примененное без эффекта, все же в ряде случаев приводит к изменениям шейки матки, а именно: к ее укорочению и размягчению. Это давало возможность в последующем успешно провести повторное возбуждение родовой деятельности.

Кроме зрелости шейки матки большое значение в оценке готовности организма женщины к родам придается окситоциновому тесту. У большинства беременных определяется параллелизм этих показателей. Улучшение их зависит, в частности, от эстрогенов. При дозревающей шейке матки эстрогенов для подготовки к родам требуется в 2 раза меньше, чем при незрелой шейке.

Относительно времени суток для родовозбуждения единого мнения нет. Большинство начинает его с 6 ч утра. В последние годы на основании исследования суточной динамики экскреции эстрогенов и прегнандиола рекомендуется начинать родовозбуждение с 16 ч. Оптимальным временем суток для предварительного введения эстрогенов с целью подготовки к родам считается 4 и 6 ч.



## Переношенная беременность

Большинство исследователей считают переношенную беременность акушерской патологией и рекомендуют приступать к родовозбуждению в 42-ю неделю беременности при несомненной достоверности срока беременности [86].

Родоразрешение путем операции кесарева сечения до наступления запоздалых родов может быть произведено при сочетании перенашивания с другими видами патологии (узкий таз, крупный плод, первородящая старше 30 лет и т. д.), а также при отсутствии эффекта от водовозбуждения.

При решении вопроса о родовозбуждении у женщин, перенашивающих беременность, важно помнить об особой разновидности перенашивания — физиологически удлиненной беременности [87]. Эта клиническая разновидность удлинения беременности не требует срочного родовозбуждения. Однако и при ней целесообразно создание гормонально-витаминно-кальциевого фона.

Для подготовки к родовозбуждению при переношенной беременности предложен метод анодической гальванизации головного мозга (АГГМ), при котором благодаря воздействию на центральную нервную систему повышаются возбудимость и сократительная способность матки.

Методика АГГМ следующая. Активный электрод площадью  $24 \text{ см}^2$  располагают в области лба, индифферентный ( $80 \text{ см}^2$ ) — на пояснице. Сеансы проводят ежедневно по 15—20 мин, силу тока увеличивают от 0,5 до 1,5 А. Никаких неприятных ощущений женщина не испытывает. Изменений со стороны пульса, АД, а также существенного влияния на сердечную деятельность плода не отмечено (согласно данным фетальной фонокардиографии).

Нередко во время гальванизации беременные ощущают повышение тонического напряжения матки или непродолжительные схватки. У 64 % женщин роды при перенашивании после такой подготовки наступали спонтанно, без применения каких-либо других средств. У 31 % беременных родовая деятельность возникла после однократно проведенного медикаментозного родовозбуждения. Только в 5 % случаев потребовалось повторное применение родовозбуждающих средств по

модификационной схеме Штейна — Дубнова (дробные дозы хинина по 0,05 г с интервалом через 20 мин, всего 8 раз, и внутримышечные инъекции окситоцина по 1 ЕД после каждого двух порошков хинина, т. е. 4 ЕД). Этот способ апробирован в ряде клинических учреждений. Установлено, что АГГМ обеспечивает большую эффективность медикаментозного возбуждения и помогает более физиологическому течению родового акта.

Проведение подготовки к родам АГГМ в 64 % случаев приводит к спонтанному появлению родовой деятельности, так что последующее применение медикаментозных методов родовозбуждения оказывается необходимым лишь у 36 % женщин, и только у 5 % из них возникает необходимость повторного применения.

Для обеспечения формирования готовности организма беременной к родам предложено: внутривенное введение 40 мл 40 %-ного раствора глюкозы с 5 мл 5 %-ного раствора аскорбиновой кислоты; внутримышечное введение АТФ по 1 мл 1 раз в день; фолликулин по 20 тыс. МЕ в 0,3 мл наркозного эфира внутримышечно 2 раза в день; хлористый калий по 1 мл внутрь до 4—5 раз в день; но-шпа по 2 мл 2 %-ного раствора внутримышечно 2 раза в день спазмолитические свечи с папаверином и новокаином 2 раза в день. Ежедневно проводят оксигенотерапию в условиях кислородной палаты в течение 30 мин. Терапию дополняют физиопсихопрофилактической подготовкой к родам. В случаях значительного перенашивания беременности в процессе подготовки к родам назначают внутривенные вливания 2 мл 2 %-ного раствора сибгетина и 50 мл кокарбоксилазы, 40 мл 40 %-ного раствора глюкозы. Лечение проводят в течение 5—10 дней при тщательном контроле за состоянием внутриутробного плода. При этом происходят изменения функционального состояния матки. Все это приводит к уменьшению количества осложнений и оперативных вмешательств в родах.

Ряд авторов считают, что при переносимости беременности даже при наличии зрелой шейки матки следует создавать гормонально-витаминно-кальцевый фон: эстрогенные гормоны (фолликулин, синэстрол по 15—20 тыс. ЕД 2 раза в сутки на протяжении 2—3 дней, введение возможно при необходимости до 5—7 дней); внутривенно 40 %-ный раствор глюкозы с 5 %-ным раствором аскорбиновой кислоты; 10 %-ный раствор

хлорида кальция и витамин  $B_1$ . В последние годы рекомендовано за 2—3 дня до родовозбуждения создавать гормонально-витаминно-кальциевый фон путем внутривенного введения сигетина в количестве 2 мл 2 %-ного раствора в 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы дважды в день. Это обосновано на полученном в эксперименте улучшении функционального состояния матки под воздействием сигетина.

Для родовозбуждения при перенашивании беременности было предложено множество методов. Одни из них — методы А. Штейна, Е. А. Курдиновского, А. П. Николаева, Л. С. Бебчука — оказались эффективными лишь в 40—44 % случаев. Другие методы при высокой эффективности приводят к высокой мертворождаемости. Так, метод М. Е. Бараца, сочетающийся с амниотомией, дает положительный эффект в 77—96 % случаев, но приводит к мертворождению в  $5 \pm 4,86$  %.

Метод капельного внутривенного вливания окситоцина очень эффективен (96,77 %), но при нем также наблюдается высокая мертворождаемость —  $9,67 \pm 5,3$  %. При структурно-морфологических изменениях матки и крупных размерах плода нужно относиться к назначению этого метода с осторожностью.

Установлен высокий положительный эффект родовозбуждения пахикарпином. А. П. Николаев [88] считает наиболее эффективным для родовозбуждения при переносной беременности метод Л. В. Тимошенко [45]. Сам автор получил положительный эффект у 38 из 39 женщин.

В последние годы в литературе появилось большое количество сообщений о родовозбуждении методом внутривенного введения просагландина. Этот метод не оказывает отрицательного влияния на состояние плода, в частности на его сердечную деятельность. Простагландин  $F_2\alpha$ , введенный с целью родовозбуждения, при целом плодном пузыре вызывает появление схваток через 20—30 мин. с начала введения, вливание его продолжается в течение всех родов, включая и ранний послеродовой период. Эффект зависит в основном от готовности женского организма к родам и меньше — от используемых медикаментозных средств.



## Преждевременное излитие околоплодных вод

Преждевременное излитие вод значительноотягощает прогноз родов. Увеличивается опасность инфекции, внутриутробной гипоксии плода, роды нередко носят затяжной характер, чаще возникают показания к оперативным вмешательствам.

Вопрос о ведении родов при преждевременном излитии вод не может считаться решенным окончательно. Большинство авторов рекомендуют сразу после излития вод создание глюкозо-витамино-кальциевого фона, с этим нельзя не согласиться. Что касается времени родовозбуждения, то здесь мнения расходятся. При неосложненной беременности сроком более 35 недель рекомендуют выжидать спонтанного развития родовой деятельности в течение суток от начала излития вод, а при ее отсутствии приступить к родовозбуждению. Это мнение не находит широкой поддержки. Мы считаем, что более длительное наблюдение совершенно недопустимо.

Первая Всероссийская конференция акушеров-гинекологов [9] рекомендовала прибегать к родовозбуждению при преждевременном излитии вод после наблюдения в течение 6 ч. В отдельных случаях (тазовое предлежание, первородящие после 30 лет) рекомендуется искусственное родовозбуждение в более ранние сроки.

В решениях XII Всесоюзного съезда (1969) указанная тактика претерпела некоторые изменения, было рекомендовано исходить из акушерской ситуации, зрелости шейки матки. При преждевременном излитии вод в сроке беременности 36—40 недель предложено:

1. Начинать родовозбуждение не позднее чем через 6 ч с момента излития вод, если шейка зрелая и нет четких данных о возможности возникновения аномалии родовых сил.

2. Начинать родовозбуждение сразу же после излития вод, если шейка зрелая и имеются тазовое предлежание, переношенная беременность, инфантилизм, возраст роженицы старше 30 лет и первая беременность и другие отягощающие факторы, когда можно ожидать слабость родовой деятельности и иную патологию родов.

3. При незрелой шейке необходимо производить соответствующие мероприятия (гормонально-витамино-кальциевый фон), после чего приступать к родовозбуж-

дению. Нам представляется правильным начинать родовозбуждение не позднее чем через 12 ч. В ряде работ предлагается при решении вопроса о времени родовозбуждения принимать во внимание кроме такого фактора, как зрелость шейки, также окситоциновый тест, рефлекс с молочной железы.

Предложено несколько методов вызывания родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод. Наиболее эффективным считается капельное внутривенное вливание окситоцина в растворе глюкозы при одновременном применении спазмолитиков. Именно этот метод, по нашему мнению, наиболее целесообразен, когда безуспешность родовозбуждения является фактором, требующим решения вопроса о необходимости родоразрешения путем операции кесарева сечения (если не упущено время для ее проведения).

Ряд авторов получили 100 %-ный эффект, пользуясь для родовозбуждения при несвоевременном излитии вод подкожным введением окситоцина с гиалуронидазой и кислородом. Рекомендовано внутривенное введение окситоцина после назначения хинина, внутримышечное введение атропина, инъекций в шейку матки лидазы, пальцевое расширение шейки матки.

А. П. Николаев наиболее успешным считал родовозбуждение по методу Л. В. Тимошенко, он же предлагал в случаях, когда самостоятельно развившаяся родовая деятельность в течение 3 ч не имеет тенденции к усилению, прибегать к родостимуляции методом Штейна — Дубнова — Курдиновского.

### Поздние токсикозы

К родовозбуждению следует прибегнуть при затяжном течении нефропатии, не поддающейся рациональной терапии в условиях стационара в течение 2—3 недель, при подозрении на отслойку сетчатки, при угрозе жизни матери и плода.

Искусственные преждевременные роды начиная с 35 недель менее опасны для плода, чем консервативное длительное лечение позднего токсикоза и выжидание срока родов. Показанием к родовозбуждению является также недостаточная эффективность терапии при преэклампсии и эклампсии в течение 2—3 дней.

Исследованиями Г. Г. Хечинашвили установлено, что у беременных, имеющих поздний токсикоз, особенно при тяжелом течении, готовность к родам формируется несколько раньше, а сами признаки готовности выражены более резко, чем у здоровых женщин, в первую очередь при зрелой шейке матки. Досрочное родоразрешение при поздних токсикозах рекомендуется проводить через естественные родовые пути посредством медикаментозного родовозбуждения и преждевременного вскрытия плодного пузыря. Нельзя не согласиться, что именно такой способ родоразрешения — через естественные родовые пути — является наиболее щадящим. Детальные наблюдения Г. Г. Хечинашвили [11] показали, что применение родовозбуждающей терапии у беременных с тяжелым токсикозом и отсутствием оптимальной готовности к родам не приводит к возникновению родовой деятельности, но способствует ускорению этой готовности. Введение окситоцина беременным приводит к ускорению процесса созревания шейки матки.

Подготовку к родовозбуждению при поздних токсикозах беременных проводят в течение 2—3 суток (до 10—12 дней). Беременной назначают эстрогены по 20 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в 2 мл наркотического эфира, ферментные (лидаза) и спазмолитические препараты, средства, стимулирующие процессы тканевого обмена.

Лидазу вводят внутримышечно 1 раз в сутки в количестве 0,1 г сухого вещества в 0,5 %-ном растворе новокаина (на 3-й и 4-й дни от начала применения эстрогенов). Спазмолитики начинают применять одновременно с эстрогенами (до 10—12 дней). Используют комплекс препаратов: экстракт белладонны в виде ректальных свечей до 0,015 г 2 раза в сутки; но-шпу в таблетках по 0,04 г 2 раза в сутки внутрь или в виде 2 %-ного раствора по 2 мл 2 раза в сутки; дибазол по 0,02 г 3 раза в сутки или в виде 0,5 %-ного раствора по 6 мл внутримышечно 2 раза в сутки.

С целью усиления окислительно-восстановительных процессов в организме женщины, повышения работоспособности миомерия парентерально вводят в обычных дозировках: гипертонический раствор глюкозы, раствор витаминов группы В и С, иногда кокарбоксилазу и АТФ. Наряду со всем этим проводят оксигенотерапию, непосредственно перед родовозбуждением назначают



препараты кальция (глюконат кальция или хлористый кальций).

Методы родовозбуждения. При наличии готовности к родам родовозбуждение по методу Штейна — Курдиновского назначают в сочетании с преждевременным вскрытием плодного пузыря. Пузырь вскрывают 1 ч спустя после действия кишечника, затем в течение 2—8 ч проводят тщательное наблюдение за развитием родовой деятельности. Появление активной сократительной деятельности матки за указанный срок позволяет в ряде случаев отказаться от введения хинина (окситоцина) или своевременно прекратить их дачу во избежание развития чрезмерно активной родовой деятельности.

При отсутствии признаков готовности к родам родовозбуждение проводят по схеме Штейна — Курдиновского без амниотомии, с отслойкой нижнего полюса плодного яйца. Такая методика не всегда приводит к родовой деятельности, но ускоряет формирование готовности к родам, не наступившей после предварительной комплексной медикаментозной терапии. Повторное родовозбуждение в сочетании с преждевременной амниотомией обычно назначают через 2 дня после применения предыдущей схемы. Использование медикаментозной схемы родовозбуждения в сочетании с преждевременной амниотомией, произведенной после предварительного инструментального или пальцевого расширения шейки матки, хотя и приводит в некоторых случаях к развитию родовой деятельности, однако роды при этом очень часто носят затяжной характер.

Отсутствие эффекта этого способа родовозбуждения или затяжное течение родов после его применения наблюдали у женщин, которым прерывание беременности проводили в 28—33 недели без готовности организма к родам.

### **Несовместимость крови матери и плода по резус-фактору**

Показанием для досрочного родоразрешения у sensibilizированных к резус-фактору женщин является установление гемолитической болезни у внутриутробного плода.

Аntenатальная диагностика гемолитической болезни плода основывается на данных ЭКГ и ФКГ, особенно с проведением функциональных проб, оптической плотно-

сти билирубина в околоплодных водах. Косвенно о гемолитической болезни можно предполагать в связи с ее наличием при предыдущих родах, при нарастании титра антител в течение беременности до 1 : 16 и выше, резком падении титра в конце беременности.

Многие считают, что преждевременное прерывание беременности показано при резус-конфликте, если к тому же диагностирована тяжелая форма поздних токсикозов. Важен вопрос о сроке прерывания беременности. Он должен решаться индивидуально. При наличии неблагоприятного анамнеза (мертворождения, тяжелые формы гемолитической болезни новорожденных), нарастании титра антител, оптической плотности билирубина и изменений на ЭКГ и ФКГ родоразрешение может быть произведено за 4—5 недель до срока родов. Оптимальным сроком для прерывания беременности следует считать 37—38 недель.

Относительно способа родоразрешения подавляющее большинство исследователей пришло к заключению о нецелесообразности операции кесарева сечения, при этом от гемолитической болезни дети погибают гораздо чаще, чем при рождении естественным путем. Наиболее целесообразным считается родоразрешение через естественные родовые пути [89]. Родоразрешение путем операции кесарева сечения может быть произведено в порядке исключения.

Подготовка к родовозбуждению включает создание гормонально-витаминно-кальциевого фона в течение 3—4 дней: 20 тыс. ЕД фолликулина и синэстрола внутримышечно, внутривенно 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы, 300 мг витамина С и 10 мл 10 %-ного раствора хлористого кальция.

Если после проведения подготовки состояние шейки матки и данные цитологии будут свидетельствовать о готовности организма к родам, следует приступить к амниотомии с последующим применением через 4—5 ч того или иного медикаментозного метода родовозбуждения (введение окситоцина, назначение дробных доз питуитрина и хинина). При неподготовленности необходимо продолжить фон до 5 дней, при отсутствии эффекта — применить метод Штейна — Курдиновского без вскрытия плодного пузыря. Более успешным Л. С. Персианинов [61] считал вызывание преждевременных родов капельным внутривенным введением простагландина.

## Аntenатальная гибель плода

Длительное пребывание в полости матки мертвого плода является одной из частых причин нарушения свертывающей системы крови. Ожидание срока родов в случаях гибели плода недопустимо.

Общеизвестны случаи длительного пребывания погибшего плода в матке, иногда до нескольких лет. Установлен факт снижения чувствительности рецепторов шейки матки и уменьшение ее сократительной деятельности. Т. А. Кучеренко в экспериментальной работе на кроликах отметила, что под влиянием введенного питуитрина сокращения рогов матки, содержащих мертвый плод, усиливались, но ритм их оставался неправильным.

Существует мнение о целесообразности родовозбуждения сразу же после установления внутриутробной смерти плода. Мы считаем, что родоразрешению женщин должно предшествовать тщательное обследование и коррекция показателей свертывания крови. При вызывании родов необходимо следить за состоянием этих показателей каждые 1—2 ч (особенно к моменту рождения плода).

Для подготовки к родовозбуждению в течение 5—7 дней беременным назначают гормонально-витаминно-кальциевый фон. Насыщение женского организма эстрогенами необходимо, так как продукция их при антенатальной смерти плода снижена. Ежедневно женщине вводят 40—60 тыс. ЕД эстрогенов.

Для нормализации свертывающей способности крови В. И. Грищенко, А. Ф. Яковцева [90] назначали викасол (внутри по 0,015 г 3 раза в день), глюконат кальция по 0,3 г 3 раза в день или внутривенно по 10 мл 10 %-ного раствора, аскорбиновую кислоту внутри по 0,3 г 3 раза в день. При повышенном фибринолизе показана эпислон-аминокапроновая кислота по 50—100 мг 6 %-ного раствора внутривенно.

Родовозбуждение рекомендуется проводить методом капельного внутривенного введения окситоцина в растворе глюкозы. В ряде случаев целесообразно сочетать медикаментозное родовозбуждение при мертвом плоде с амниотомией. Простагландин  $E_2$  при антенатальной смерти плода более эффективен, чем окситоцин.



## Пороки сердца

Показаниями для досрочного родоразрешения при пороках сердца являются:

1. Активный ревматический процесс или обострение ревмокардита, протекавшее менее года назад.

2. Стеноз левого венозного отверстия с нарушением кровообращения II А степени.

3. Стеноз левого венозного отверстия с нарушением кровообращения I степени в сочетании со значительным увеличением левого желудочка, приступами отека легких в прошлом, а также наличие сопутствующих заболеваний, которые могут сказаться неблагоприятно на течении беременности.

4. Недостаточность митрального клапана с нарушением кровообращения II А степени.

5. Стеноз левого венозного отверстия или выраженная недостаточность митрального клапана с нарушением кровообращения I степени и частыми обострениями ревмокардита.

6. Декомпенсированные аортальные пороки сердца.

7. Стеноз устья аорты, протекающий со стенокардическими болями и потерей сознания.

8. Недостаточность аортальных клапанов с низким диастолическим давлением, головокружениями и обморочными состояниями.

9. Пороки сердца с клиническими признаками нарушения кровообращения по большому кругу.

10. Мерцательная аритмия.

Досрочное родоразрешение может быть произведено путем операции кесарева сечения или через естественные родовые пути. Этот вопрос решают индивидуально совместно с терапевтом. В последнем случае предварительно назначают различные средства, подготавливающие организм к родам.

Л. В. Ванина [91] рекомендует учитывать влияние назначаемых препаратов на сердечно-сосудистую систему. Она считает нецелесообразным применение эстрогенных гормонов при декомпенсированных пороках сердца. При застойной печени, по мнению автора, нарушается обмен эстрогенов, и после их введения наблюдаются случаи нарастания сердечной недостаточности. За 5—10 дней до родовозбуждения целесообразно назначать витамин  $B_1$  по 30 мг ежедневно в сочетании с витами-

ном С по 100 мг, АТФ и кокарбоксилазой. В последний день дозу витамина В<sub>1</sub> увеличивают до 100 мг, а витамина С — до 200 мг. На фоне действия этих витаминов родовозбуждение проводят путем капельного внутривенного введения 5 %-ного раствора глюкозы (250—300 мл) с 1 мл кордиамина, 50 мг кокарбоксилазы и 1 мл (5 ЕД) окситоцина со скоростью 8—10 капель/мин.

При отрицательном результате следует продолжать применение витаминов В<sub>1</sub>, С, АТФ, кокарбоксилазы. Такие препараты, как хинин и карбохолин, противопоказаны для усиления родовой деятельности при брадикардиях. Хинин вызывает угнетение центральной нервной системы, понижает возбудимость сердечной мышцы. Карбохолин может привести к сужению венечных сосудов сердца. Уместно применение этих средств для усиления схваток у беременных с пороком сердца, сопровождающимся тахикардией. Если во время беременности больная получала преднизолон, то с момента родовозбуждения его дозу увеличивают в 2 раза (30—40 мг). Одновременно показана ингаляция увлажненного кислорода. Для возбуждения родовой деятельности рекомендуется также ветразин. Его вводят внутримышечно, начиная с 1 мл 1 %-ного раствора, при необходимости через 30—40 мин назначают еще 1—1,5 мл. Для поддержания возникшей родовой деятельности возможно повторное введение препарата в той же дозировке через 1,5—2 ч. После применения ветразина, если возникнет необходимость, назначают окситоцин, его вводят в уменьшенных дозах, так как ветразин усиливает чувствительность матки к окситоцину. После предварительного применения окситоцина ветразин действует сильнее [92]. В случае нарастания признаков декомпенсации после попытки вызвать родовую деятельность нужно отдать предпочтение родоразрешению абдоминальным путем [91].

### Сахарный диабет

Роды в срок разрешаются только больным с выраженной компенсацией сахарного диабета и неосложненным течением беременности. К досрочному родоразрешению часто прибегают в связи с внутриутробной гипоксией плода, тяжелым поздним токсикозом, многоводием [93].

Более предпочтительно родоразрешение через естественные родовые пути. Оптимальный срок для родоразрешения 38 недель. Более позднее родоразрешение производится только по особым показаниям, с учетом функциональной незрелости недоношенных детей. Целесообразно родовозбуждение путем капельного внутривенного вливания окситоцина на изотоническом растворе поваренной соли с предварительной амниотомией.

Подготовка беременных, страдающих сахарным диабетом, к родам должна включать лечение инсулином, липотропными веществами, витаминами группы В, аскорбиновой кислотой, кокарбоксилазой, сибгетинном, кислородом. При родах каждые 4—5 ч необходимо определение уровня сахара в крови, а также коррекция быстродействующим инсулином.

Ухудшение состояния женщины или плода, неэффективность родовозбуждения, появление слабости родовой деятельности могут явиться показанием к операции кесарева сечения. Следует избегать проведения операции после 8-часового безводного промежутка.



## Глава IV

### РЕГУЛЯЦИЯ РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ СХВАТОК

Слабость родовой деятельности — довольно частая патология (до 10 % случаев) [71]. Первичная ее слабость встречается чаще вторичной [23], преимущественно у первородящих [94].

Слабость родовой деятельности значительно удлинняет родовой акт, иногда вдвое. Частым осложнением родов, сопровождающихся слабостью, является преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, оно наблюдается в 30—35 % случаев [23, 95]. Сочетание затяжных родов с продолжительным безводным промежутком приводит к возникновению инфекции (до 18—50 % случаев) [96]. Перинатальная смертность при слабости родовой деятельности достигает, по данным В. А. Струкова, Л. Б. Елешина [97],  $8,5 \pm 3,92$  % беременных. Количество акушерских операций в родах при недостаточной сократительной деятельности матки достигает 20,7—64,4 % [98, 99]. Частота и серьезность указанных осложнений заставляют проводить их профилактику и своевременное лечение.

Классификация слабости родовой деятельности основана на клинических признаках. Различают первичную и вторичную слабость схваток и потуг. Первичная — с самого начала появления схваток или потуг, вторичная присоединяется позднее, после более или менее продолжительного периода нормальной родовой деятельности. Своевременная диагностика слабости родовой деятельности во многом зависит от настороженности врача в отношении этой патологии.

После опроса и осмотра роженицы, а также знакомства с обменной картой следует решить: относится ли данная беременная к группе высокого риска по возникновению слабости. В этом случае с целью профилактики

патологии необходимо экстренно назначить гормонально-витаминно-кальциевый фон и решить вопрос о времени повторного влагалищного исследования для своевременной диагностики. И. И. Яковлев [100, с. 30] указывает, что «в основе развития аномалий родовой деятельности лежит дезорганизация функций нервной системы в разных ее отделах, начиная от коры головного мозга до рецепторного аппарата матки включительно».

К слабости родовой деятельности могут привести органические и функциональные изменения в центральной нервной системе, связанные с нарушением мозгового кровообращения, нервно-психическими напряжениями, соматическая и эндокринная патология. Большая роль в развитии аномалий сократительной деятельности матки принадлежит состоянию шейки и тела матки. Опухоли матки, пороки развития, инфантилизм, перенесенные воспалительные заболевания, аборт, наличие рубцовых и нейротрофических изменений — все это может привести к неполноценности нервно-мышечного аппарата матки, нарушению функциональной способности рецепторов. Перерастяжение матки при многоплодии, многоводии, крупном плоде может явиться причиной нарушения ее сократительной деятельности.

### **Диагностика слабости родовой деятельности**

Родовая деятельность оценивается по трем критериям: частоте, продолжительности и силе схваток или потуг. Для клинической оценки характера родовой деятельности необходимо наблюдение в динамике, через каждые 1—2 ч в первом периоде родов и через каждые 3—5 потуг во втором [72]. Частота схваток на протяжении первого периода родов постепенно нарастает. Если в начале родовой деятельности схватки повторяются через каждые 10—15 мин, то к концу первого периода промежутки времени между ними сокращаются до 2—3 и даже до 1 мин. Продолжительность схваток также увеличивается, хотя и менее заметно: с 15—20 до 40—50 с. Нахождение третьего критерия более затруднительно, так как сила сокращения матки, определяемая по ее напряжению через переднюю брюшную стенку, оценивается довольно субъективно.

Объективные же методы регистрации сократительной деятельности матки в родах, из которых в нашей

стране наибольшую популярность завоевали радиотелеметрия и многоканальная наружная гистерография, применяются далеко не во всех родовспомогательных учреждениях. Поэтому основным критерием в диагностике слабости родовой деятельности является влагалищное исследование. Раскрытие шейки матки в первые 6 ч на 2 см указывает на хорошую родовую деятельность. Нормальным темпом раскрытия шейки матки Е. Т. Михайленко, Г. М. Бублик-Дорняк [33] считают раскрытие ее у первородящих на 2 см за 3—4 ч, а у повторнородящих — за 1,5—2 ч. *Friedman* [101] при изучении нормальных родов установил, что и шейка матки раскрывается неравномерно, а именно: в начальной фазе (автор назвал ее латентной) до открытия на 2,5 см скорость ее раскрытия составляет  $0,35 \pm 0,2$  см/ч. В активную фазу родов (период открытия шейки матки от 2,5 до 8,5 см) скорость раскрытия равна у первородящих  $3 \pm 0,08$  см/ч, а у повторнородящих —  $5,7 \pm 0,16$ . При раскрытии шейки матки от 8,5 см до полного вновь отмечается замедление раскрытия приблизительно до цифр, соответствующих латентной фазе.

Н. С. Бакшеев [52] также указывал, что в начале родов раскрытие шейки матки идет более медленно: на ее сглаживание у первородящих затрачивается 4—6 ч. На то, что раскрытие шейки матки до 3—4 см занимает около  $\frac{2}{3}$  первого периода родов, указывал и *Schwalm* [102]. Ю. М. Караш [103] установил, что скорость раскрытия шейки матки при нормальных родах у первородящих составляет 1,9—0,6 см/ч, у повторнородящих — 2,4—0,7, а при затяжных родах — соответственно 0,5 и менее, 0,6 см/ч и менее.

И. Ф. Жордания [146] считает, что если за 12 ч родовой деятельности у первородящих и за 6 ч у повторнородящих шейка не раскрывается до 6 см, то следует ставить диагноз слабости родовой деятельности.

Мы считаем, что в случаях, когда есть основания ожидать недостаточную сократительную деятельность матки, целесообразно производить контрольное влагалищное исследование у первородящих не через 12 ч, а через 6 ч после первого. В данном случае отказ от исследования из-за опасения инфицирования родовых путей не оправдан. В иных случаях влагалищное исследование целесообразно заменить осмотром гинекологическими зеркалами, если речь идет только о



степени раскрытия шейки матки. Профилактика септической инфекции особенно важна при затянувшихся родах. Е. Т. Михайленко, Г. М. Бублик-Дорняк [33] считают необходимым в первый период родов каждые 4—6 ч проводить роженицам туалет наружных половых органов слабым дезинфицирующим раствором перманганата калия 1 : 6000 или фурацилина 1 : 5000. При этом необходимо строго соблюдать следующее: вначале обмывать лобок, затем наружные половые органы, ягодицы и лишь в последнюю очередь промежность и область ануса. После подмывания кожа должна быть осушена стерильным ватным тампоном. Подмывание роженицы обязательно должно проводиться также после мочеиспускания и акта дефекации.

Асептика при подготовке роженицы к вагинальному исследованию должна соблюдаться очень тщательно, строго по инструкции (приказ № 1230 МЗ СССР, 1979). После подмывания дезинфицирующими растворами и осушивания кожи стерильным ватным тампоном производится двукратное смазывание стерильными тампонами, смоченным 5—7 мл раствора йодоната 1 %-ной концентрации по свободному йоду, или 0,5 %-ной спиртовой настойки йода.

### **Дифференциальная диагностика первичной слабости родовой деятельности и предвестников родов**

То обстоятельство, что предвестниковые схватки нерегулярны, некоординированы, не может служить признаком, отличающим их от родовых, так как начальный период нормальных родов также характеризуется наличием нерегулярных некоординированных схваток, что доказано электрогистерографическими исследованиями.

Диагноз предвестников родов ставят в том случае, если в результате 4—6-часовой сократительной деятельности матки не наступает структурных изменений со стороны ее шейки — укорочения или сглаживания, увеличения степени раскрытия. Однако если поставлен диагноз предвестников родов, а не первичной слабости родовой деятельности, то тактика врача не может быть пассивной. Многие ученые расценивают предвестники родов как первичную слабость родовой деятельности [100, 104]. Другие, не соглашаясь с этим мнением, утверждают, что роды, начавшиеся с предвестников, в

дальнейшем почти обязательно (до 90 % случаев) сопровождаются либо недостаточностью сократительной деятельности матки, либо ее дискоординацией [105, 106].

Таким образом, при предвестниках необходима определенная тактика. Хорошие результаты получены Л. С. Персианиновым, Э. М. Каструбиным [36] от применения электроанальгезии. При отсутствии готовности к родам сократительная деятельность матки прекращается, в противном случае развивается регулярная родовая деятельность.

При продолжительном предвестниковом периоде, усталости беременной можно рекомендовать назначение сна-отдыха путем введения оксibuтирата натрия или виадрила [105, 107]. При наличии предвестниковых схваток показано назначение гормонально-витаминно-кальциевого фона как средства, профилактирующего слабость сократительной деятельности матки. Для этого следует вводить эстрогенные гормоны (фолликулин, синэстрол) в дозе 10—20 тыс. ЕД 2 раза в сутки; внутривенно 40 %-ный раствор глюкозы 40 мл с 5 %-ным раствором аскорбиновой кислоты; 10 %-ный раствор хлорида кальция (10 мл); витамин  $B_1$  (1 мл). Хороший эффект дает также назначение галаскорбина по 1 г 3 раза в день внутрь.

### **Дифференциальная диагностика родовой слабости при ригидности шейки матки**

Под ригидностью шейки матки, встречающейся у 0,6—2,45 % беременных, понимают неподатливость ее тканей. Этиология шеечной дистонии не может считаться окончательно выясненной. Возникновение этой патологии связывают либо с наличием морфологических изменений структуры шейки — рубцы после разрывов, воспалительный процесс, фиброзные изменения у первородящих старше 30 лет и т. д., либо с функциональными изменениями — спазмом маточного зева при инфантилизме, механическом раздражении интерорецепторов шейки [108].

Функциональные изменения встречаются более часто. Клиническое течение родов, осложненных шеечной дистонией, имеет ряд особенностей. С самого начала развивается вполне удовлетворительная родовая деятельность, которая в связи с наличием препятствия в

области наружного зева может вначале усиливаться, а затем ослабевать и даже прекращаться. При влагалищном исследовании шейка сглажена, края могут быть различной толщины, но обязательно плотные, иногда хрящевидной консистенции, неподатливые. Динамика раскрытия шейки матки может быть различной: раскрытие с самого начала происходит крайне медленно, или при раскрытии на 2—6 см дальнейшее прогрессирование прекращается, несмотря на вполне удовлетворительную родовую деятельность.

Диагноз ригидности шейки матки кроме влагалищного исследования и клинического наблюдения за роженицей в динамике можно поставить по данным гистерографии, производя одновременную запись сокращений матки в области дна и наружного зева. Сокращения тела матки при шейечной дистонии не сопровождаются расширением шейки, и наоборот, расширение шейки отмечается без сокращения тела матки.

### **Тактика врача при слабости родовой деятельности, сочетающейся с ригидностью шейки матки**

Слабость родовой деятельности, по данным И. О. Лопатченко [108], наблюдается при ригидности шейки матки у 55,4 % беременных, так что врач часто сталкивается с этой патологией. Назначение различных средств, стимулирующих родовую деятельность, при сочетании слабости родовой сил с ригидностью шейки матки не приводит к желаемому эффекту. С другой стороны, применение одних спазмолитиков при отсутствии или слабости сократительной деятельности матки бесполезно.

Наиболее целесообразным является применение стимулирующих средств после предварительного введения спазмолитиков [108, 109]. Хороший эффект дает введение в толщу шейки 1 %-ного раствора новокаина (10 мл). Экспериментальные и клинические наблюдения свидетельствуют о стимулирующем действии внутривенного введения новокаина на сократительную функцию матки [110]. В основе механизма лежит анестезирующее действие на рецепторы сосудов. Можно рекомендовать парацервикальную новокаиновую блокаду — 150 мл 0,25 %-ного раствора, показано также введение



лидазы. При спазме наружного зева матки рекомендуется 64 ЕД вещества, а при рубцовых изменениях— 128—256 и более [109]. Спустя 10 мин через эту же иглу вводят один из спазмолитиков: 0,1 %-ные растворы атропина (1 мл) и апрофена (2 мл), 5 %-ный раствор изоверина (1 мл), 2 %-ный раствор но-шпы (4 мл). Действие лидазы продолжается 4—5 ч. Если в течение этого времени роды не завершены, необходимо повторное введение лидазы в той же или несколько большей дозе. Применение лидазы противопоказано при воспалительном процессе в родовом канале.

Из спазмолитиков можно применять 0,2 %-ный раствор платифилина (1 мл). Рекомендовано также внутримышечное введение 1 мл 1 %-ного раствора АТФ.

### **Подготовка рожениц к медикаментозному родоусилению**

После установления диагноза первичной слабости родовой деятельности врач должен всесторонне проанализировать имеющуюся ситуацию. В расчет принимают возраст женщины, состояние ее здоровья, течение данной беременности, данные акушерского анамнеза и обследования: размеры плода и таза матери, состояние плода, длительность безводного промежутка, готовность организма к родам, продолжительность родов и т. п.

Оценка ситуации заставит в ряде случаев поставить вопрос об операции кесарева сечения по совокупности с целым рядом осложнений. Операцию кесарева сечения при слабости родовой деятельности, по данным работы [111], проводят в 3,93 % случаев.

При решении вопроса о консервативном ведении родов у беременных с первичной слабостью родовой деятельности не следует сразу же приступать к медикаментозному родоусилению. Необходимо вначале разобраться в причинах аномалии сократительной деятельности матки. Хорошо собранный анамнез и обследование роженицы могут помочь в установлении причины слабости родовой деятельности. В ряде случаев устранение причины ведет к ее усилению, например вскрытие плодного пузыря при многоплодии, плоской его форме. Конечно, не всегда удастся добиться нормализации родов таким простым путем, однако знание причины, вызвавшей аномалию родовой деятельности, позволит про-

водить лечение целенаправленно, индивидуализировать его.

Лечение слабости родовой деятельности должно быть комплексным.

### **Питание роженицы и лечебно-охранительный режим**

Чаше всего в процессе родов женщины неохотно принимают пищу. Пища должна быть небольшой по объему, но высококалорийной, витаминизированной, легкоусвояемой. Роженица может получать виноградный сок, мед, кофе натуральный, глюкозу, шоколад, чай, фрукты. И. И. Яковлев [16] указывает, что потребность организма в высококалорийной пище должна покрываться не только за счет углеводов, но и за счет белков, и рекомендует для этого гидролизированные белки (препарат Л-103, аминокровин и др.). А. П. Николаев [44], Л. С. Персианинов [71] и другие советуют при слабости родовой деятельности не забывать об опорожнении мочевого пузыря и кишечника.

Роженица со слабостью родовой деятельности должна быть помещена в небольшую палату, хорошо проветриваемую, снабженную централизованной подачей кислорода. Женщина должна чувствовать внимание и сердечное отношение персонала. Необходимо успокоить ее, вселить уверенность в благополучном исходе родов. Нельзя допускать наличие шума. Необходимо щадить нервную систему роженицы, которая под влиянием тяжелых родов всегда испытывает состояние нервного возбуждения. Н. С. Бакшеев с соавт. [112] указывает, что охранительный режим является основой в лечении слабости родовой деятельности, так как при этом быстро наступает не только физическое утомление роженицы, но и нервно-психическое.

### **Лечебная физкультура**

Простейшим ее методом является ходьба. Она вызывает более значительное раздражение рецепторов нижнего сегмента матки [23]. Хождение может быть разрешено только в первом периоде родов при целом плодном пузыре и головном предлежании плода. Следует учитывать и наличие прямых противопоказаний: тяжелые

поздние токсикозы, предлежание или преждевременная отслойка плаценты, декомпенсированные пороки сердца и т. п.

### Рациональное положение тела роженицы

Г. Г. Гентер [2] рекомендовал положение роженицы на боку и соответственно позиции плода. И. И. Руднев в своей статье «О значении положения тела в родах» (цит. по И. И. Яковлеву [16]) указывал, что при положении женщины на спине сила схваток уменьшается, положение на боку, соответствующее позиции плода, усиливает силу схваток. А. И. Петченко [23] считает этот метод очень полезным, особенно при несвоевременном излитии вод. Можно использовать для определения рационального положения тела роженицы четырехканальную наружную гистерографию [113]. По ее данным, в первой половине периода раскрытия матки частота ее сокращений с переменой положения тела роженицы практически не менялась, во второй половине схватки были чаще при положении сидя, чем лежа и полусидя. Во втором периоде родов схватки были чаще при положении полусидя и сидя.

Автор считает, что рациональное положение тела роженицы позволяет не только полнее выявить энергетические ресурсы матки, но и облегчает правильное и быстрое вставление головки плода во вход таза. Л. С. Персианинов [11] также считает наиболее физиологичным в родах положение женщины на боку, соответствующее позиции плода, подтверждая свое мнение данными радиотелеметрии, доказывающими, что при перемене положения тела роженицы со спины на бок снижается тонус матки, интенсивность сокращений нарастает, а длительность интервалов между ними увеличивается. При перемене тела с боку на спину родовая деятельность, наоборот, становится слабее, хотя схватки учащаются, но интенсивность их снижается.

По-видимому, при укладывании роженицы на бок внутренняя поверхность матки со множеством рецепторов испытывает большое раздражение вследствие тесного прилегания к ней более массивных, плотных и объемистых частей плода (затылок, спина), в связи с чем родовая деятельность рефлекторно усиливается [88, 71].



## Гигиенический душ

Если ванна и горячий влагалищный душ отошли в прошлое, как мероприятия, приводящие зачастую к инфицированию, то на смену им пришел общий гигиенический теплый душ, действующий успокаивающе.

## Электроанальгезия

Л. С. Персианинов, Э. М. Каструбин [36] использовали ее и для профилактики и лечения затяжного течения родов. После электроанальгезии наблюдалась нормализация сократительной деятельности матки, возрастала скорость раскрытия шейки с 0,21 до 3,32 в начальном периоде родов и с 0,41 до 2,3 см/ч в активном. Самостоятельно, без дополнительной стимуляции родовой деятельности родоразрешились 143 женщины из 145. Приведенные данные говорят об эффективности применения электроанальгезии при слабости родовой деятельности.

## Медикаментозный сон

Аномалии сократительной деятельности матки, в том числе слабость, часто развиваются на фоне нарушений в центральной нервной системе, которые могут возникнуть в связи с болевыми ощущениями и различными отрицательными эмоциями во время родов. При подобных состояниях хорошее действие оказывает лечебный акушерский наркоз. Отдых в результате назначения определенного комплекса медикаментов не только нормализует высшую нервную деятельность роженицы, восстанавливает силы, улучшает настроение, повышает уверенность в благоприятном исходе родов, но и восстанавливает процессы нормального метаболизма углеводов в матке [52]. В итоге сократительная деятельность матки нормализуется.

Медикаментозный сон должен назначаться в зависимости от продолжительности родовой деятельности с учетом того времени, которое женщина провела без сна.

Нередко акушер сталкивается с такой ситуацией: роды продолжаются 6—8 ч, родовая деятельность слабая, женщина крайне утомлена, так как не спала не только этой ночью, но и предыдущей в силу каких-либо причин, открытие зева шейки матки малое, рассчиты-

вать на быстрое родоразрешение оснований нет. В таких случаях врач обязан вначале предоставить роженице отдых и только потом решать вопрос о медикаментозном родоусилении.

Все врачи-акушеры многократно убеждались, что после отдыха часто наступает улучшение родовой деятельности, и вопрос о медикаментозном родоусилении отпадает. Так, Г. Я. Либерман [105] отмечает, что медикаментозный сон в 21,5 % случаев оказался единственной мерой, необходимой для нормализации родовой деятельности. Показаниями к медикаментозному сну кроме утомления роженицы и затяжных родов могут являться роды, осложненные тяжелыми поздними токсикозами, пороками сердца и некоторыми другими заболеваниями. Н. С. Бакшеев [52] считает обязательным назначение продолжительного медикаментозного сна роженицам при родах, длящихся свыше 16—18 ч. Свое мнение автор основывает на том, что к этому времени вследствие снижения процессов окисления в тканях матки развивается метаболический ацидоз. Методик предоставления женщине лечебного отдыха существует много. В 50—60-х годах пользовались введением морфина (0,5 мл 1 %-ного раствора) с белым стрептоцидом, пантопона, барбитуратов, ингаляционным эфирным наркозом в течение 1—2 ч при расходе эфира не более 30—50 мл.

Продолжительность эфирно-кислородного наркоза не должна быть выше 10—15 мин [36], поскольку это может неблагоприятно сказаться на состоянии плода. Морфин и пантопон также почти не применяются в связи с отрицательным влиянием на плод. Довольно широкое распространение получили теперь оксибутират натрия и стероидный наркотик виадрил.

**Методика применения оксибутирата натрия (ГОМК).** Премедикация: 1 мл 2 %-ного раствора промедола, 1 мл 2,5 %-ного раствора пипольфена (внутримышечно), через 30 мин 10—20 мл 20 %-ного раствора оксибутирата натрия, разведенного в 20 мл 40 %-ного раствора глюкозы (внутривенно). Продолжительность сна от 1,5 до 3 ч. Сон близок к физиологическому. Во время сна схватки продолжают. Вредного влияния на плод и мать не установлено, ГОМК обладает также спазмолитическим действием [114].

**Методика применения виадрила Г.** Его выпускают во

флаконах по 0,5 г, разовая доза 10—15 мг/кг массы. Для предоставления лечебного акушерского сна вводят до 1000 мг виадрила. Его растворяют 0,5 %-ным раствором новокаина. Готовят 2,5 %-ный раствор, подогревают его до 37—38 °С и медленно (за 5—7 мин) вводят в вену. В премедикацию обязательно следует включить атропин (0,5—1 мл 0,1 %-ного раствора). Для усиления действия за 30—40 мин до введения виадрила следует в премедикацию добавить 1 мл 2 %-ного раствора пипольфена или 2 мл 1 %-ного раствора димедрола. Сон наступает через 5—10 мин и продолжается до 1,5—3 ч.

Методика назначения сна должна быть различной в зависимости от акушерской ситуации: состояния плода, продолжительности безводного периода, степени раскрытия шейки матки. При продолжительности родов свыше 16—18 ч, когда нет признаков окончания их в ближайшие несколько часов, роженице необходимо предоставить медикаментозный отдых с продолжительностью сна 6—7 ч.

Введение 1 %-ного раствора промедола (1 мл) подкожно, 25 %-ного раствора сульфата магния (10 мл) внутримышечно, тропацин 0,015 г внутрь приводит к длительному сну с почти полным выключением деятельности матки [52]. Это необходимо для улучшения окислительных процессов в тканях матки. При назначении промедола, сернокислой магнезии и 1 мл 0,2 %-ного леморана отмечается частичное выключение схваток.

Широкое распространение в родильных домах получил медикаментозный сон по следующей методике: 1 %-ный раствор промедола (1 мл), 2,5 %-ный раствор пипольфена (2 мл) и 25 %-ный раствор сульфата магния (10 мл). Все медикаменты вводят внутримышечно. Можно рекомендовать также следующую пропись: промедол 2 %-ный раствор — 2 мл подкожно, атропин 0,1 %-ный — 1 мл подкожно, люминал — 0,1 г внутрь.

Медикаментозный сон можно заменить лечебной анальгезией — импульсными токами. Анализ сердечной деятельности плода при электроанальгезии показал улучшение состояния роженицы, что объясняется регуляцией родовой деятельности и нормализацией маточно-плацентарного кровообращения. Во время сеанса электроанальгезии, через 20—30 мин от ее начала, происходит нормализация сократительной деятельности



матки, появляются координированные ее сокращения, ускоряется раскрытие шейки [71].

При открытии шейки, близком к полному, нецелесообразно назначать медикаменты, вызывающие продолжительный сон, при внутриутробной гипоксии плода не следует пользоваться эфирно-кислородным наркозом. При поздних токсикозах, гипертонической болезни матери, сопровождающихся повышением артериального давления, методом выбора является виадриловый наркоз.

При назначении лечебного сна следует учитывать, что в ночное время снотворные действуют быстрее и в меньших дозах, чем в дневное, что объясняется биологическим ритмом организма.

### Медикаментозное родоусиление

Должно проводиться дифференцированно, в зависимости от общего состояния женщины, продолжительности родов, степени раскрытия шейки и ее состояния, величины безводного промежутка плода и других факторов.

Прежде всего необходимо помнить, что своевременно начатая терапия слабости родовой деятельности дает несравненно лучшие результаты. Однако это не значит, что родоусиление можно применять без достаточных показаний, так как необоснованное назначение средств тономоторного действия может привести к дискоординированной родовой деятельности, судорожным сокращениям матки, нарушению маточно-плацентарного кровообращения, гипоксии и гибели плода, разрывам матки.

И. И. Яковлев [115] в основу классификации аномалий родовой деятельности положил изменения тонуса и возбудимости матки. Он указывает, что в своей работе врач-акушер при намечаемой тактике ведения родов и выборе терапевтических мероприятий должен руководствоваться этими показателями. Гипотоническое состояние матки, по мнению И. И. Яковлева, встречается в 6,6 % всех родов, характеризуется ее пониженной возбудимостью, но с достаточно высоким уровнем рабочих возможностей и лабильности. Этим автор и объясняет благоприятное терапевтическое действие медикаментозных стимулирующих средств в подобных случаях. Гипертоническое состояние матки рассматривается И. И. Яков-

левым как более глубокая фаза парабриоза, характеризующаяся повышением возбудимости. В этих случаях стимулирующие средства вызывают парадоксальную реакцию, поэтому следует применять медикаменты, снижающие возбудимость, повышающие лабильность и функциональную устойчивость клеток и тканей. Нормотонус матки чаще всего сопровождается нормальной родовой деятельностью (в 90 из 93 % случаев). Указанными положениями о тонусе и возбудимости матки и следует руководствоваться врачу-акушеру при выборе тактики ведения родов.

У женщин, имеющих гипертонус матки, применение средств тономоторного действия категорически противопоказано. В этих случаях должны применяться спазмолитики (атропин, промедол и др.), а также новокаин. Новокаин вводят внутривенно медленно от 10 до 30 мл 0,5 % -ного раствора или 150—200 мл 0,25 % -ного раствора. Можно применять также новокаин в виде микроклизм — 0,5 % -ный раствор (200 мл). И. И. Яковлев особенно рекомендовал этот метод при вторичной слабости схваток, сопровождающихся ригидностью шейки матки.

При назначении медикаментозной стимуляции родовой деятельности необходимо помнить допустимость применения ее лишь у рожениц с нормо- или гипотонусом матки.

В связи с многочисленностью этиологических факторов слабости родовой деятельности не существует таких схем или таких медикаментов, которые приводили бы к усилению сократительной деятельности матки при всех ситуациях. Предложено большое количество медикаментов и еще большее — схем, включающих различные комбинации и методы их применения. В последние годы в литературе все чаще можно встретить мнение, что эффективность родовозбуждения или родоусиления зависит не столько от применения методики, сколько от готовности организма к родам. Не возражая этому положению, мы все-таки считаем, что медикаментозная терапия слабости родовой деятельности в каждом случае должна быть индивидуальной. Наиболее часто слабость родовой деятельности возникает при изменениях в половых органах женщины. Инфантилизм, воспалительные процессы, аборт, операции, опухоли, аномалии развития матки приводят к неполноценности ее нервно-

мышечного аппарата (патологическим сдвигам в тканевом обмене, снижению количества актомиозина, нарушениям иннервации).

Отсюда становится ясной целесообразность предварительного назначения препаратов, стимулирующих процесс тканевого обмена. В. Н. Хмелевский [67] предложил при слабости родовой деятельности пользоваться глюкозой и хлористым кальцием, назначая эти препараты внутрь в стакане горячей воды. В настоящее время их вводят внутривенно, что усиливает эффективность действия. Ионы кальция играют важную роль в повышении и деполяризации мембранного потенциала, приводят к возникновению потенциала действия в гладкой мышце, в синоптической передаче нервных импульсов. Кальций повышает тонус матки без выраженного влияния на частоту ее сокращений. Можно вводить и глюконат кальция.

Для профилактики и лечения слабости родовой деятельности В. Т. Каминская [66], Н. С. Бакшеев [52] и другие рекомендуют галаскорбин (комплексное соединение аскорбиновой и галловой кислот с *C-P*-витаминной активностью). Галаскорбин оказывает благоприятное влияние на энергетические процессы в миометрии и повышает ее сократительную функцию. Препарат назначают внутрь по 1 г через 6—8 ч, можно повторить его прием.

Особая роль в развитии родовой деятельности отводится витаминам *C* и *B*<sub>1</sub>. Витамин *C* участвует в регуляции обмена, способствует переходу менее активных фракций эстрогенов в более активные. О влиянии витамина *B*<sub>1</sub> на сокращение гладкой мускулатуры сообщал Р. Л. Шуб [64]. Он же предложил этот витамин для усиления родовой деятельности: 100 мг витамина *B*<sub>1</sub> в сочетании с 1 мл аскорбината марганца, содержащего 300 мг аскорбиновой кислоты и 8 мг марганца. Позднее витамин *B*<sub>1</sub> стали широко назначать в акушерских клиниках беременным и роженицам для повышения тонуса миометрии и его готовности к сокращению.

Для стимуляции процессов тканевого обмена в матке рекомендуют также кокарбоксилазу — 50—100 мг, 1 %-ный раствор АТФ — 2 мл. При слабости родовой деятельности в крови рожениц развивается выраженный патологический ацидоз, с целью ликвидации которого Г. М. Савельева [116] рекомендует введение щелочных



растворов (150—200 мл 5 %-ного раствора бикарбоната натрия). С устранением патологического ацидоза усиливается эффект применения средств, стимулирующих матку и улучшающих состояние плода.

Очень важен вопрос о создании эстрогенного фона перед медикаментозным родоусилением. Несмотря на то что единого мнения здесь нет, большинство ученых высказывается за предварительную эстрогенную насыщенность.

Эстрогены усиливают кровоснабжение матки, увеличивают ее восприимчивость к контрактильным веществам, улучшают маточно-плацентарное кровообращение. Ацетилхолин под влиянием эстрогенов оказывает на миометрий наиболее выраженное действие. Поскольку в исходе родов фактор времени имеет подчас решающее значение, а эстрогенная насыщенность при внутримышечном введении создается только через 5—6 ч, целесообразно вводить эстрогены в 0,5—1 мл эфира в ягодичу или заднюю губу шейки матки, как это было рекомендовано Л. В. Тимошенко [45].

Эстрогены нужно вводить не позднее чем за 1,5 ч до ожидаемого окончания родов. Применение эстрогенов в больших дозах (свыше 60 тыс. ЕД/сут) следует считать противопоказанным. Оптимальная доза — 200—500 мг/кг массы. Обязательно применение эстрогенов при слабости, развившейся на фоне пониженного тонуса матки. Доза вводимых эстрогенов должна быть уменьшена при наличии зрелой шейки.

### **Родоусиление при первичной слабости родовой деятельности**

Первичная слабость родовой деятельности возникает с самого начала родов и может продолжаться до их окончания. Первичная слабость встречается чаще вторичной, и главным образом у первородящих. В трети случаев она осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод, что при наличии затяжных родов нередко приводит к инфицированию матери и плода.

Эффективность родоусиления зависит во многом от своевременности начатой терапии. Чем раньше диагностирована первичная слабость, чем раньше начато лечение, тем благоприятнее исход для матери и новорожденного.

В тех случаях, когда вопрос о родоусилении решен в пользу медикаментозного, нужно обеспечить роженице рациональное питание, ввести препараты, стимулирующие тканевой обмен, повышающие энергетические ресурсы матки, устраняющие патологический ацидоз, а также провести профилактику внутриутробной гипоксии плода. Из большого количества предложенных методов нужно каждый раз выбрать наиболее рациональный в отношении предлагаемых препаратов, продолжительности схемы и т. д. Для этого необходимо учесть причину, вызвавшую первичную родовую слабость, продолжительность родов, предлагаемый срок их окончания, комплекс имеющихся осложнений, в том числе наличие и длительность безводного промежутка, состояние матери и плода и т. д.

При слабости родовой деятельности в первом периоде родов нередко применяют продолжительные по времени методы родоусиления (4—6 ч). В течение этого периода нецелесообразно производить контрольное влагалищное исследование. Оно необходимо, по нашему мнению, не позднее чем через 6 ч после окончания лечения по той или иной схеме, если клинически родовая деятельность усилилась. За этот промежуток времени, учитывая клиническое наблюдение и данные динамики раскрытия шейки матки, врач может точно ответить на вопрос, было ли родоусиление полезным.

При отсутствии эффекта лечения прогноз течения и исхода родов для матери и плода значительно ухудшается, непростым становится вопрос о дальнейшем ведении родов. Акушер должен тщательно проанализировать данный случай, чтобы решить, есть ли показания и условия для немедленного родоразрешения, необходим ли лечебный сон, когда и к какому повторному родоусилению следует прибегнуть.

Показания к немедленному родоразрешению могут быть как со стороны состояния матери, так и плода. Решение об операции кесарева сечения следует уточнить, не имеется ли противопоказаний: какой продолжительности безводный промежуток, нет ли инфекции, не слишком ли тяжела внутриутробная асфиксия плода и т. д. При необходимости немедленного родоразрешения через естественные родовые пути и отсутствии полного открытия шейки матки иногда приходится прибегать к механическому расширению шейки матки или насечкам. Такие методы родоразрешения, конечно, не могут счи-

таться физиологичными, но и прибегают к ним по строгим показаниям. При отсутствии показаний к экстренному родоразрешению в большинстве случаев роженицам после неэффективного родоусиления назначают медикаментозный сон.

Более сложен вопрос о том, через какое время после окончания первой схемы медикаментозного родоусиления можно прибегать ко второй. Мы считаем, что повторные медикаментозные родоусиления не должны проводиться ранее чем через 12 ч после окончания первого, хотя в литературе можно встретить предложения применять повторное родоусиление через 5—8 ч или только 1 раз в сутки.

При выборе метода родоусиления необходимо помнить о противопоказаниях к ним. Так, противопоказаниями к капельному внутривенному вливанию окситоцина являются рубцовые или дегенеративные изменения миометрия (операции на матке, придатках, воспалительные процессы внутренних половых органов), неправильное положение и предлежание плода, подозрение на клиническое несоответствие головки плода и таза матери.

Питуитрин нельзя назначать при повышении артериального давления или предлежании плаценты, хинин — при брадикардии. Прозерин неэффективен при остановке родов, но при наличии первичной слабости схваток вполне применим. Мы полностью согласны с мнениями И. И. Яковлева [16] и многих других авторов, категорически возражавших против широкого использования искусственного раннего вскрытия плодного пузыря. Этот метод далеко не всегда приводит к родоусилению, к тому же увеличивается опасность осложнений для матери и в особенности для плода.

Однако безусловно показанной является амниотомия при многоводии. Эвакуация околоплодных вод в этом случае должна проводиться медленно из-за опасности резкого уменьшения внутриматочного давления, отслойки плаценты, выпадения мелких частей и пуповины. При излитии вод необходимо контролировать положение плода, следить, чтобы не произошло фиксации его в поперечном положении.

Значительное уменьшение объема матки устраняет перерастяжение миометрия, приводит к усилению сократительной способности матки. Амниотомия при многоводии является этиопатогенетической терапией. Раннее



вскрытие плодного пузыря при крупном плоде оправдано, с нашей точки зрения, если к тому же имеется и многоводие. В противном случае амниотомия сыграет скорее отрицательную, нежели положительную роль.

Показано также раннее вскрытие плодного пузыря при плоской его форме, обусловленной интимной спаянностью его со стенками матки. В связи с этим для разрыва пузыря нужна большая сила, что приводит к слабости родовой деятельности и болезненности схваток. Разрыв оболочек такого плодного пузыря создает благоприятные условия для проявления реципрокных (сопряженных) отношений в работе мускулатуры верхнего и нижнего сегментов матки, приводит к усилению сокращения матки. Л. Ф. Тараканова, Е. П. Шуйкина [48] предлагают при наличии готовности организма к родам вскрывать плоский плодный пузырь до начала родовой деятельности, сочетая этот метод с электровозбуждением. Одновременное применение спазмолитиков показано при родоусилении методом капельного внутривенного вливания окситоцина.

### **Родоусиление при слабости родовой деятельности и несвоевременном излитии околоплодных вод**

Мы считаем, что при сочетании слабости родовой деятельности и несвоевременного излития вод оправдано более широкое применение капельного внутривенного введения окситоцина или простагландина на фоне спазмолитиков. При наличии инфекции пользоваться этими методами опасно в связи с возможностью разрыва матки. При неэффективности медикаментозных родоусиливающих средств можно прибегнуть к наложению кожно-головных щипцов по Иванову, вакуум-стимуляции, операции метрейриза.

Для лечения упорной слабости родовой деятельности при малом раскрытии шейки матки Н. А. Шилко и И. П. Грыжак [117] рекомендуют пользоваться вакуум-стимулятором с резиновой чашечкой собственной конструкции в тех случаях, когда медикаментозные методы оказались неэффективными. Колпачок накладывают как при головном, так и при тазовом предлежании. Через 5—10 мин начинается активная родовая деятельность. Неблагоприятного влияния на плод при этой операции не выявлено. Использование кольцеяринтера таит в себе

больше опасности в отношении восходящей инфекции.

Профилактическое назначение антибиотиков при затяжных родах и нарастании безводного промежутка, с нашей точки зрения, следует считать оправданным.

### **Родоусиление при вторичной слабости родовой деятельности**

Вторичная слабость родовой деятельности встречается реже первичной. Причины, вызвавшие их, могут быть одинаковы. Вторичная слабость родовой деятельности может выявиться как в первом периоде родов, так и во втором. Диагностику вторичной слабости родовой деятельности в первом периоде родов основывают на данных клинического наблюдения за роженицей и состоянием шейки матки в динамике.

Клинически отмечают удлинение родового акта, схватки или потуги ослабевают, становятся короткими, промежутки между ними удлиняются, не отмечается прогресса в раскрытии шейки матки, продвижении подлежащей части плода. Может произойти полная остановка родов. Лечение вторичной слабости, возникшей в первом периоде родов, мало чем отличается от лечения первичной слабости родовых сил.

Роженица, как правило, бывает очень утомлена, поэтому вначале ей предоставляют лечебный сон, желательно непродолжительный (электросон, введение окситутирата натрия, виадрила). Нередко при вторичной слабости в связи с затяжными родами и длительным безводным промежутком возникает внутриматочная инфекция. Эта патология еще более отягощает прогноз последствий матери и плода, делает более сложным родоразрешение женщины. Н. С. Бакшеев [52], указывая, что при внутриматочной инфекции наблюдается дефицит витаминов, рекомендует при слабости родовой деятельности вводить 40 %-ный раствор глюкозы по 20—40 мл вместе с 250—300 мг аскорбиновой кислоты внутривенно и подкожно 1 мл 3 %-ного раствора бромистой соли тиамин. Еще более целесообразным автор считает введение вместо аскорбиновой кислоты галаксорбина по 1 г через 5—7 ч.

Особого внимания заслуживает и состояние плода при вторичной родовой слабости. Необходимо проводить профилактику гипоксии плода по методу А. П. Никола-

ева, вводить внутривенно сигетин (2 мл 2 %-ного раствора), 5 %-ный раствор бикарбоната натрия (150—200 мл). При лечении слабости родовой деятельности необходимо помнить и о рациональном питании роженицы, и о своевременности физиологических отправлений. При ригидной шейке матки рекомендуют парацервикальную анестезию 0,25 %-ным раствором новокаина (до 150 мл), надлобковую блокаду по И. С. Легенченко [118].

При вторичной слабости схваток, сопровождающихся неподатливостью тканей зева шейки матки, назначают тепловые новокаиновые микроклизмы (0,5 %-ный раствор, 200 мл, температура 37—38 °С), одновременно с этим можно вводить и спазмолитики. Методы медикаментозного родоусиления применяют в зависимости от акушерской ситуации, состояния матери, наличия дополнительной акушерской патологии, степени открытия шейки матки и т. д. Так, если открытие шейки матки небольшое (4—6 см), можно применять схемы с продолжительным лечением. При открытии на 6,5—8,5 см нужно использовать схемы с кратковременным лечением. Хороший эффект дает капельное внутривенное вливание окситоцина в растворе глюкозы, пахикарпина, введение дробных доз питуитрина.

### Родоусиление при слабости потуг

Диагноз слабости потуг ставят на основании изучения их частоты, силы и продолжительности, а также по продвижению подлежащей части плода по родовому каналу. Дифференциальную диагностику слабости потуг необходимо проводить с клиническим несоответствием головки плода и таза матери.

Причинами несоответствия могут быть перегородки, рубцовые сужения влагалища, наличие экзостозов и опухолей на костях таза, его сужение, неправильное вставление и крупные размеры головки плода. В подобных случаях родоусиление категорически противопоказано. Следует обсудить вопрос об операции кесарева сечения. Назначение медикаментов, усиливающих моторную функцию матки, нецелесообразно и в случаях, когда слабость потуг связана со слабостью брюшного пресса (ожирение, перерастяжение брюшной стенки,



грыжи белой линии живота). В таких случаях должен быть применен бинт Вербова.

Слабость родовой деятельности в потужном периоде может быть следствием переутомления роженицы в результате затяжных родов или болезненности родового акта. При переутомлении роженицы врач должен вначале решить вопрос о назначении медикаментозного отдыха. Предварительно необходимо уточнить, имеются ли показания к экстренному родоразрешению. При их наличии вопрос об отдыхе отпадает. Роженице может быть назначен фенамин (препарат, являющийся сильным стимулятором центральной нервной системы) однократно 0,02 г внутрь [16, 92]. Он действует быстро, снимает усталость и вызывает усиление родовой деятельности. Фенамин противопоказан при заболевании печени, органических заболеваниях сердца, гипертензионном синдроме.

В случаях необходимости медикаментозный отдых назначают с таким расчетом, чтобы его продолжительность была невелика. Можно применить кратковременный ингаляционный наркоз эфиром [36], закисью азота, ввести ГОМК или виадрил, провести электроанальгезию.

Медикаментозное родоусиление в потужном периоде также не должно быть однотипным. Проще решается вопрос, если головка плода находится в полости малого таза и исключено наличие каких-либо механических препятствий со стороны родовых путей. В таких случаях, если нет противопоказаний со стороны состояния матери, можно ввести одномоментно внутримышечно 0,5 или 1 мл окситоцина [88] или в два приема по 0,5 мл с перерывом в 30 мин. При этом необходимо тщательное наблюдение за состоянием матери и плода, готовность к операции акушерских щипцов.

В случаях сочетания слабости потуг с гипоксией плода целесообразно при головном его предлежании сразу приступить к операции акушерских щипцов, как и при слабости потуг и эндометрите.

При первичной слабости потуг и головке плода, стоящей во входе в малый таз, можно применять дробные дозы хинина или питуитрина, пользуясь одним из предложенных методов, рассчитанных на короткое время. Хороший эффект дает внутримышечное введение 3 %-ного раствора пахикарпина (3—5 мл). Наиболее часто для

родоусиления в потужном периоде используют внутривенное капельное введение окситоцина на глюкозе, учитывая то, что реакция на него возникает довольно быстро и врач имеет возможность регулировать частоту и интенсивность потуг. При отсутствии эффекта от внутривенного введения окситоцина возникают показания к оперативному родоразрешению.

Следует помнить, что потужной период у первородящих в норме продолжается до 2 ч. Нецелесообразно допускать его длительность свыше 4 ч, так как это приводит к повышению гипоксии и травматизму плода и крайне неблагоприятно для роженицы.

## Глава V

### СХЕМЫ ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ И УСИЛЕНИЯ СХВАТОК

#### Схема I

**Метод родовозбуждения и родоусиления В. С. Артамонова,  
В. А. Самойленко, С. Д. Розовик [119]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
В течение 10 дней	Эстрогены	10 тыс. ЕД	Внутримышечно
То же	Глюкоза	40%-ный раствор — 20 мл	Внутривенно
»	Кальций хлористый	10%-ный раствор — 10 мл	»
»	Витамин B <sub>1</sub>	1 мл	Внутримышечно
То же, 3 раза в день	Кислота аскорбиновая	200 мг	Внутрь
То же	Цинк сернокислый	0,9%-ный раствор — 2 мл	Внутримышечно
»	Медь сернокислая	То же	»
»	Марганец сернокислый	»	»
На 11-й день	Фолликулин	10 тыс. ЕД	»
Через 30 мин	Цинк сернокислый	0,9%-ный раствор — 2 мл	»
То же	Новокаин	0,5%-ный раствор — 2 мл	»
Через 30 мин	Масло касторовое	30 мл	Внутрь
» 1 час	Хинин солянокислый	0,2 г	»
» 30 мин	То же	»	»
Одновременно	Медь сернокислая	0,9%-ный раствор — 2 мл	Внутримышечно
»	Новокаин	0,5%-ный раствор — 2 мл	»
Через 30 мин, 3 приема	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Через 30 мин, 4 приема	Питуитрин	0,2 мл	Внутри мышечно



Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Одномоментно	Марганец сернокислый	0,9%-ный раствор — 2 мл	Внутримышечно
»	Новокаин	0,5%-ный раствор — 2 мл	»

### Схема 2

#### Метод родовозбуждения Н. С. Бакшеева [120]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
1 раз в 1 сут	Эстрадиола дипропионат	300—400 мг/кг массы	Внутримышечно
3 раза в 1 сут	Галаскорбин	1 г	Внутрь
То же	Коамид или кобальт хлористый	2%-ный раствор — 30 капель	»
1 раз в 1 сут, через 4—5 ч после введения эстрогенов	Серотонин	10 мг	Внутримышечно
1 раз в 1 сут	Кальций хлористый или кальций глюконат	10%-ный раствор — 10 мл	Внутривенно
После 3—8-дневной указанной подготовки при наличии готовности организма к родам	Серотонин-креатинин-сульфат	30 мг	Внутривенно, капельно (10 капель/мин)
То же	Глюкоза	5%-ный раствор — 400 мл	То же
»	Окситоцин	1 мл	»

### Схема 3

#### Метод родовозбуждения М. Е. Бараца [46]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 раза через 12 ч	Фолликулин	5 тыс. ЕД	Внутримышечно
Амниотомия после третьей инъекции	—	—	—
Через 6 ч	Масло касторовое	60 г	Внутрь
» 1 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
» 1 ч	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
» 20 мин	То же	»	»
7 приемов			

Продолжительность курса 1 сут 10 ч 30 мин.

**Схема 4**  
**Метод родовозбуждения Л. С. Бабчука [121]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
1 сут 9 ч, 2—3 раза в день	Микстура: мединал (натрия барбитал) веронал (барбитал) пирамидон (амидопирин) вода	3 г 3 г 1,2 г	Внутрь по одной столовой ложке
18 ч	Фолликулин или синэстрол	200 мл 10—20 тыс. ЕД	Внутримышечно
24 ч	То же	То же	»
2 сут 6 ч	»	»	»
10 ч	Масло касторовое	50 г	Внутрь
12 ч	Стрихнина нитрат 1:1000	0,3 мл	Внутримышечно
12 ч 20 мин	То же	То же	»
12 ч 40 мин	»	»	»
13 ч 40 мин	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
10 приемов с интервалом в 15 мин	То же	»	»
16 ч 10 мин, 6 приемов с интервалом в 15 мин	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно

Продолжительность курса 1 сут 11 ч 25 мин.  
Метод рекомендован при переношенной беременности.

**Схема 5**  
**Метод родовозбуждения и родоусиления И. Я. Беккермана [122]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Однократно	Эстрадиола дипропионат в смеси с 1 мл эфира для наркоза	0,1% -ный раствор — 1 мл	Внутримышечно
Через 30 мин 5 приемов	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Через 30 мин 4 приема	Питуитрин	0,2 мл	Внутримышечно

Продолжительность курса 4 ч 30 мин. Положительный эффект автором получен в 90% случаев.

**Схема 6**  
**Метод родовозбуждения В. В. Вершининой [60]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
2—3 дня, 2 раза в день	Сигетин	2%-ный раствор — 2 мл	Внутривенно
То же	Глюкоза	40%-ный раствор — 20 мл	То же
На 3-й—4-й день в 8 ч утра	»	То же	»
Одновременно	Амниотомия	—	—
Через 1 ч	Масло касторовое	60 г	Внутрь
То же	Очистительная клизма	—	Ректально
»	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
Через 20 мин, 7 приемов	То же	»	»
Одновременно	Кальций хлористый	10%-ный раствор — 10 мл	Внутривенно
»	Глюкоза	40%-ный раствор — 40 мл	»

Продолжительность курса 3 дня 5 ч 30 мин. Рекомендовано применять при перенашивании беременности.

**Схема 7**  
**Метод родовозбуждения В. В. Вершининой [60]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 дня, 2 раза в день	Сигетин	2%-ный раствор — 2 мл	Внутривенно
То же	Глюкоза	40%-ный раствор — 20 мл	»
На 4-й день	»	5%-ный раствор — 500 мл	Внутривенно, капельно
Одновременно	Окситоцин	5 ЕД	»
»	Кислота аскорбиновая	5%-ный раствор — 5 мл	»
»	Кордиамин	1 мл	»

Продолжительность курса 3 дня 5 ч.

Метод рекомендован при сочетании перенашивания беременности с тазовым предлежанием плода, аномалиями таза, отягощенным акушерским анамнезом, пожилым возрастом первородящей и т. д. Применялся автором у 40 женщин, у всех развилась родовая деятельность.



### Схема 8

Метод родовозбуждения и родоусиления М. Н. Гладневой [40]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 дня, 2 раза в день	Фолликулин	10 тыс. ЕД	Внутри-мышечно
4-й день	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 1 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
Через 30 мин,	То же	»	»
5 приемов	Глюкоза	40%-ный раствор—20 мл	Внутри-венно
Через 15 мин		60 мг	Подкожно
Одновременно	Витамин B <sub>1</sub> (тиамина хлорид)		

Продолжительность курса 3 дня 4 ч 15 мин. Показания: экстрагенитальные заболевания матери, переношенная беременность. Метод эффективен в 95,5%, его можно применять для родоусиления начиная с использования касторового масла.

### Схема 9

Метод родовозбуждения А. П. Голубева [1]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 дня, раз в день	Прозерин	0,5%-ный раствор — 0,5 мл	Подкожно
То же,	Гипотиазид	0,025 г	Внутрь
2 раза в день	Эстрогены	20 тыс. ЕД	Внутри-мышечно
С 4-го дня до появления признаков готовности к родам,			
2 раза в день	Калий хлористый	100%-ный раствор—1 столовая ложка	Внутрь
То же, 3 раза в день			
»	Витамин B <sub>12</sub> (цианкобаламин)	100 мкг	Внутри-мышечно
»	Витамин B <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	6%-ный раствор — 1 мл	»
То же, 2 раза в день	Оксигенотерапия	20 мин	—
На 8-й—10-й день, если родовая деятельность не разовьется самостоятельно	Масло касторовое	60 г	Внутрь

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Через 1 ч	Хинин солянокис- лый	0,2 г	»
Через 30 мин, 4 приема	То же	То же	»
То же	Питуитрин	0,2 мл	Внутри- мышечно

Продолжительность курса 6 сут 5 ч. Метод рекомендован при перенашивании беременности, резус-конflikте, экстрагенитальных заболеваниях матери, преждевременном излитии околоплодных вод.

### Схема 10

#### Метод родовозбуждения и родоусиления М. В. Дубнова [123]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	2 столовых ложки	Внутрь
Через 2 ч	Питуитрин	0,2 мл	Внутри- мышечно
Через 1 ч, 9 при- емов	Хинин соляно- кислый	0,15 г	Внутрь
Через 1 ч, 4 прие- ма	Питуитрин	0,2 мл	Внутримы- шечно

Питуитрин можно вводить также в дозе 0,3 мл, но не более 1,5 мл. Промежутки между введением препаратов могут быть уменьшены до 20 мин. Продолжительность курса 11 ч или 5 ч 40 мин. Автор получил положительный результат в 96,4%. Метод считается эффективным как при родовозбуждении, так и родоусилении.

### Схема 11

#### Метод родовозбуждения А. С. Девизоровой [124]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 дня, 2 ра- за в день	Фолликулин	5 тыс. ЕД	Внутримышечно
На 4-й день	Маммофизин или окситоцин	1 мл 1 мл (3—5 ЕД)	Внутривенно, капель- но, начиная с 20 ка- пель/мин, постепенно доводя до 40—60
То же	Глюкоза	5%-ный расг- вор — 250 мл	То же

Продолжительность курса 3 сут 2—3 ч. Автор считает этот метод наиболее эффективным для родовозбуждения при перенашивании беременности.

**Схема 12**  
**Метод родовозбуждения А. С. Девизоровой [124]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ приспособления
3 дня	Фолликулин или синэстрол	20—30 тыс. ЕД, через 12 ч	Внутримышечно
С 4-го дня, через 2 ч	Синэстрол	20—30 тыс. ЕД	»
Через 6—12 ч	Масло касторовое	50—60 г	Внутрь
» 1 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно
Через 30 мин, 11 приемов	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
Через 30 мин, 5 приемов	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно

Продолжительность курса 3 сут 15 ч. Метод рекомендован при перенашивании беременности с целью родовозбуждения. Положительный эффект получен у 86,6% беременных женщин, у 13,3% — потребовалось двукратное применение метода.

**Схема 13**  
**Метод родоусиления и родовозбуждения А. А. Козбагарова [125]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	30 мл	Внутрь
Через 30 мин	Гидройодид пахикарпина	3%-ный раствор— 4 мл	Внутримышечно
» 3 ч,	То же	То же	»
3 приема			

Продолжительность курса 9 ч 30 мин. Метод рекомендован для родовозбуждения при преждевременном излитии околоплодных вод и родоусиления при первичной родовой слабости.

**Схема 14**  
**Метод родовозбуждения и родоусиления В. П. Карпушина, А. П. Голубева [1]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Синэстрол или эстрадиола дипропионат в смеси с 1 мл эфира для наркоза	40 тыс. ЕД	Внутримышечно



Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор—40 мл	Внутривенно
»	Витамин $B_1$ (тиамина хлорид)	100 мг	»
»	Кислота аскорбиновая	150 мг	»
»	Кальция хлорид	10%-ный раствор — 10 мл	»
»	Окситоцин	5 ЕД	Внутривенно, капельно, начиная с 10 капель/мин, постепенно увеличивая дозу до установления регулярной родовой деятельности (5 схваток за 10 мин)
»	Глюкоза	5%-ный раствор — 500 мл	То же

Продолжительность курса 5 ч.

### Схема 15

Метод родовозбуждения и родоусиления В. П. Карпушина, А. П. Голубева [126]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 сут, 1 раз в 1 сут	Прозерин	0,05%-ный раствор — 0,5 мл	Подкожно
То же, 2 раза в сут	Гипотиазид	0,025 г	Внутрь
С 4-х до 7-х сут	Эстрогены	40 тыс. ЕД	Внутри-мышечно
То же	Калий хлористый	10%-ный раствор, по одной столовой ложке 3 раза в день	Внутрь
»	Витамин $B_{12}$ (цианкобаламин)	100 мкг	Внутри-мышечно
»	Витамин $B_1$ (тиамина хлорид)	6%-ный раствор—1 мл	»
То же, 2 раза в 1 сут	Оксигенотерапия	По 20 мин	—
На 7-е сут	Масло касторовое	50—60 мл	Внутрь

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
После действия кишечника	Очистительная клизма	—	Ректально
То же	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Через 30 мин, 11 приемов	Окситоцин	1 ЕД	Внутри-мышечно
Через 30 мин, 5 приемов	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь

Продолжительность курса 6 дней 7 ч 30 мин. Метод рекомендован для родовозбуждения при перенашивании беременности и в связи с экстрагенитальной патологией.

### Схема 16

Метод родовозбуждения В. П. Карпушина, А. П. Голубева [126]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Синэстрол или эстрадиола дипропионат	40 тыс. ЕД	Внутри-мышечно
Одновременно	Эфир наркозный	1 мл	»
»	Глюкоза	40%-ный раствор — 40 мл	»
»	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	100 мг	»
»	Кислота аскорбиновая	150 мг	»
»	Кальция хлорид	10%-ный раствор — 10 мл	»
Через 2 ч	Масло касторовое	50—60 мл	Внутрь
После действия кишечника	Очистительная клизма	—	Ректально
То же	Хинина гидро- или дигидрохлорид	0,2 г	Внутрь
Через 30 мин	Окситоцин	1 ЕД	Внутри-мышечно
То же, 11 приемов	Хинина гидро- или дигидрохлорид	0,2 г	Внутрь

Продолжительность курса 8 ч. Метод рекомендован при преждевременном излитии околоплодных вод. Эффективность его равна методу капельного внутривенного введения окситоцина в глюкозе.

### Схема 17

Метод родовозбуждения и родоусиления Е. А. Курдиновского [127]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	2 столовых ложки	Внутрь
Через 1 ч	Хинин солянокислый	0,2 г	»
» 30 мин,	То же	»	»
4 приема			
То же, 4 приема	Питуитрин	0,2 г	Внутримышечно

Продолжительность курса 5 ч. Автор предлагает давать хинин по 0,25 г (всего до 1,5 г), а питуитрин вводить по 0,3 мл не более 4 инъекций. Промежутки между дачей препаратов могут быть сокращены до 20 мин.

### Схема 18

Метод родовозбуждения Я. М. Ландау, И. Я. Беккермана [55]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 дня	Прозерин	0,05%-ный раствор — 0,5 мл	Подкожно
То же	Гипотиазид	25 мг 2 раза	Внутрь
»	Витамин B <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	6%-ный раствор — 1 мл	Внутримышечно
»	Витамин B <sub>12</sub> (цианкобаламин)	100 мкг	»
4-й — 6-й дни, 6 инъекций	Синэстрол в смеси с 1 мл эфира	40 тыс. ЕД	»
Через 1 ч	Масло касторовое	2 столовых ложки	Внутрь
То же	Хинин солянокислый	0,2 г	»
Через 30 мин, 4 приема	То же	»	»
То же, 4 приема	Питуитрин	0,2 мл	Внутри-мышечно
Одновременно	Кальций хлористый	10%-ный раствор — 10 мл	Внутривенно

Продолжительность курса 5 дней 6 ч. Метод эффективен в 98,7% случаев.

### Схема 19

#### Метод родовозбуждения Л. Л. Левинсона [69]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
5—6 дней	Анодическая гальванизация головного мозга	—	—
То же, 1—2 раза в день (при незрелой шейке матки)	Экстракт белладонны	0,04 г (в свечах)	Ректально
7-й день	Фолликулин	30 тыс. ЕД	Внутримышечно
Одновременно	Эфир наркотный	1 мл	»
»	Масло касторовое	50 мл	Внутрь
Через 2 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
» 1 ч	Окситоцин	1 ЕД	Внутримышечно
» 30 мин,	Карбохолин	0,001 г	Внутрь
4 приема	Окситоцин	1 ЕД	Внутримышечно
То же	Окситоцин	1 ЕД	Внутримышечно
Одновременно	Триада Николаева	—	—

При отсутствии эффекта повторное родовозбуждение проводят через 3—4 дня, в течение которых беременная получает АГГМ. При повторном родовозбуждении после очистительной клизмы производят амниотомию и профилактически проводят триаду Николаева. Если в течение часа после этого родовая деятельность не возникает, медикаментозное возбуждение продолжают. Метод рекомендован при перенашивании беременности. Продолжительность курса 7 дней 7 ч.

### Схема 20

#### Метод родовозбуждения Е. Л. Лернера с соавт. [128]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
5 дней	Кислота аскорбиновая	350 мг	Внутрь во время приема пищи
То же, 3 раза в день	Витамин Р	100 мг	Внутрь
6-й день, через 6 ч, 3 приема	Фолликулин	5 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 24 ч	Масло касторовое	60 г	Внутрь
» 3 ч	Хинин солянокислый	0,25 г	»
» 1 ч, 4 приема	То же	»	»

Продолжительность курса 5 дней 7 ч. Метод рекомендован при перенашивании беременности.



**Схема 21**  
**Метод родовозбуждения Б. А. Лукашука [57]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
1-й день, диета обычная с ограничением соли	Синэстрол в смеси с 1 мл эфира	50 тыс. ЕД	Внутримышечно
То же, 5 раз в день	Аммоний хлористый	2 г	Внутрь
2-й день — разгрузочный	Сахар, мед, яблоки, творог	—	—
—	Синэстрол в смеси с 1 мл эфира	50 тыс. ЕД	Внутримышечно
3-й день, диета обычная, 6 ч утра	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
8 ч, после действия кишечника	Очистительная клизма, теплый душ	—	—
9 ч	Новокаин	0,5 % -ный раствор — 60 мл	В шейку матки
Одновременно	Апрофен	1 % -ный раствор — 1 мл	То же
»	Гиалуронидаза	1 мл	»
»	Синэстрол	20 тыс. ЕД	»
Одновременно	Эфир	1 мл	В шейку матки
9 ч 15 мин, при отсутствии родовой деятельности	Хинин солянокислый	0,05 г	Внутрь 6—8 раз через 15 мин
9 ч 30 мин	Глюкоза	20 % -ный раствор — 500 мл	Внутривенно капельно с 10—17, постепенно доводят до 30—40 капель/мин
То же	Окситоцин	3—5 ЕД	То же
»	Кордиамин	2 мл	»
»	Витамин В <sub>1</sub>	6 % -ный раствор — 1 мл	»
»	Витамин С	5-ный раствор — 2 мл	»
»	Кальций хлористый	10 % -ный раствор — 10 мл	»

Продолжительность курса 2 дня 8 ч 30 мин. Показания: переношенная беременность.

## Схема 22

Метод родовозбуждения Е. Т. Михайленко [129]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
7—10 дней	Эстрадиола дипропионат	300—500 МЕ/кг массы	Внутримышечно
То же, 3 раза в день	Галаскорбин	1 г	Внутрь
»	Глутаминовая кислота	То же	»
»	Кобальт хлористый	2 %-ный раствор, 25—30 капель	»
»	Кальций хлористый	10 %-ный раствор — 10 мл	Внутримышечно
»	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	»
То же, 3 раза в день	Калий хлористый	10 %-ный раствор — 1 столовая ложка	Внутрь
7—10 дней	Тиамин хлорид	5 %-ный раствор — 1 мл	Внутримышечно
То же, через день при гипопротеинемии	Альбумин	10 %-ный раствор — 100 мл	Внутривенно
7—10 дней	Раствор натрия бикарбоната	7 %-ный раствор — 50 мл	»
7—10 дней	Оксигенация	30 мин	—
На 8-е —11-е сут, если роды не начались самостоятельно	Серотонин (или окситоцин)	10—30 тыс. ЕД	Внутривенно капельно
Одновременно	Глюкоза	5 %-ный раствор 400 мл	»
»	Кокарбоксилаза	100 мг	Внутривенно
»	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор — 5 мл	То же

Продолжительность курса 10 дней 4 ч. Рекомендован при переношенной беременности, позднем токсикозе, при наличии в анамнезе родов, сопровождающихся слабостью родовой деятельности или гипотоническим маточным кровотечением, при нарушении менструального цикла или длительном первичном бесплодии и т. д.

В 89,9 % случаев получен полный эффект после однократной стимуляции, у 10,1 % женщин после недостаточной эффективности родостимуляция продолжена серотонином с хорошим результатом.

### Схема 23

Метод родовозбуждения и родоусиления Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии [71]

Препарат	Доза	Способ применения
Простагландин	5 мг	Внутривенно со скоростью 10 капель/мин, затем через интервал в 1 ч — 20—30 и до 40 капель/мин
Раствор глюкозы	5 %-ный раствор — 100 мл	То же

Продолжительность курса 2 ч.

### Схема 24

Метод родовозбуждения Ф. И. Мошовича, Я. И. Родкевича [130]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Синэстрол	20—30 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 4—5 ч	Масло касторовое	30 мл	Внутрь
» 2 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно
Через 30 мин, 9 приемов	Хинин солянокислый	0,1 г	Внутрь
То же	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 50 мл	Внутривенно
»	Кальция хлорид или кальция глюконат	10 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Витамин B <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	60 мг	»

Продолжительность курса 12 ч.

### Схема 25

#### Метод родовозбуждения и родоусиления А. П. Николаева [26]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	60 г	Внутрь
Через 1 ч	Хинин солянокислый	0,2 г	»
» 30 мин, 2 приема	То же	»	»
Одновременно	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Глюкоза	40 %-ный раствор — 50 мл	Внутривенно
Одновременно	Кальция хлорид или кальция глюконат	10 %-ный раствор — 10 мл	»
Через 30 мин, 2 приема	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Одновременно	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	100 мг	Внутримышечно
Через 30 мин	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	60 мг	»

Продолжительность курса 4 ч. Метод рекомендован для родовозбуждения при преждевременном излитии околоплодных вод, у 57 % женщин хорошие схватки развивались в первые 3 ч. При слабости родовой деятельности у 65 % женщин заметное усиление схваток наблюдалось в первые 2 ч.

### Схема 26

#### Метод родовозбуждения и родоусиления А. П. Николаева [88]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Окситоцин	3 ЕД	Внутривенно капельно с 8—10 капель/мин
Одновременно	Глюкоза	5 %-ный раствор — 100 мл	То же
»	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор — 5 мл	»
»	Кальция глюконат	10 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Коразол	10 %-ный раствор — 1 мл	»

Продолжительность курса 9 ч.



### Схема 27

Метод родовозбуждения и родоусиления З. В. Новиковой,  
В. М. Сидельниковой, М. А. Ботвина [131]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Окситоцин	2,5 ЕД	Внутривенно капельно, 8 капель/мин. Через каждые 15—29 мин скорость введения раствора увеличивают на 4—5 капель до установления регулярной родовой деятельности
Одновременно »	Простагландин Физиологический раствор	2,5 мг 400 мл	То же »
При регулярной родовой деятельности	Амниотомия	—	—

Продолжительность курса около 5 ч.

### Схема 28

Метод родовозбуждения Г. И. Пейсаховича [132]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
1-й день — через 2 ч, 7 приемов	Хлорид аммония	1 г	Внутрь
2-й день — совсем не принимать жидкости и пищи	—	—	—
9 ч	Новурит	1 мл	Внутримышечно
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
»	Свеча с эуфиллином	0,3 г	Ректально
13 ч	Новурит	1 мл	Внутримышечно
15 ч	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
Одновременно	Свеча с эуфиллином	0,3 г	Ректально
3-й день — питание обычное	—	—	—

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
9 ч	Новурит	1 мл	Внутримышечно
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
Одновременно	Свеча с эуфиллином	0,3 г	Ректально
13 ч	Новурит	1 мл	Внутримышечно
15 ч	Свеча с эуфиллином	0,3 г	Ректально

Продолжительность курса 2 суток 6 ч. Метод рекомендован при переносимой беременности, осложненной поздним токсикозом.

### Схема 29

Метод родовозбуждения и родоусиления Л. С. Персианинова, И. А. Мануловой, Е. А. Чернухи [133]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Простагландин	5 мг	Раствор вводят, начиная с 20 капель/мин, через 1 ч — 30, еще через час — до 40 капель/мин. Скорость введения зависит от получаемого эффекта
Одновременно	Глюкоза	5 %-ный раствор — 1000 мл	То же

Метод эффективен для возбуждения и стимуляции родовой деятельности, не оказывает неблагоприятного влияния на мать и плод. Положительный эффект получен и при незрелой шейке матки.

### Схема 30

Метод родовозбуждения и родоусиления А. И. Петченко [51]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Эстрогены	40—60 тыс. ЕД	Внутримышечно
Одновременно	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 1 ч	Хинин солянокислый	0,15 г	»

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Через 30 мин	Пахикарпина гидрохлорид	3 %-ный раствор — 3 мл	Внутримышечно
То же	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
»	Пахикарпина гидрохлорид	3 %-ный раствор — 3 мл	Внутримышечно
»	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
»	Глюкоза	40 %-ный раствор — 50 мл	Внутривенно
»	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	50 мг	»
»	Пахикарпина гидрохлорид	3 %-ный раствор — 3 мл	»
»	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь

Продолжительность курса 4 ч 30 мин. Показания: затяжные роды, первичная и вторичная слабость схваток, преждевременное излитие вод.

### Схема 31

Метод родовозбуждения и родоусиления А. И. Петченко [51]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Фолликулин	60 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 4—8 ч	»	То же	»
Одновременно	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 1 ч	Хинин солянокислый	0,15 г	»
Одновременно	Питуитрин	0,3 мл	Подкожно
Через 30 мин	Карбохолин	0,001 г	Внутрь
То же	Хинин солянокислый	0,15 г	»
Одновременно	Питуитрин	0,3 мл	Подкожно
Через 30 мин	Карбохолин	0,001 г	Внутрь
То же	Глюкоза	40 %-ный раствор — 50 мл	Внутривенно
»	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	50 мг	»

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Одновременно	Хинин солянокислый	0,015 г	Внутрь
»	Питуитрин	0,3 мл	Подкожно
Через 30 мин	Карбохолин	0,001 г	Внутрь
То же	Хинин солянокислый	0,15 г	»
Одновременно	Прозерин в смеси с глюкозой	0,1 г 5 %-ный раствор — 200 мл	Подкожно, в зоны Снегрева-Геда

Продолжительность курса 4 ч.

### Схема 32

Метод родовозбуждения И. Н. Рембеза, Н. П. Васильченко, Г. Г. Авдеева [134]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Гигиенический душ	—	—
Одновременно	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 2 ч	Гипотиазид	100 мг	»
	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Эстрогены	20 тыс. ЕД	Внутримышечно
Одновременно	Эфир	0,5 мл	»
Через 30 мин после введения эстрогенов	Глюкоза	5 %-ный раствор — 500 мл	Внутривенно
То же	Окситоцин	1 мл	То же
»	Кальция глюконат	10 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Кислота аскорбиновая	1000 мг	»
»	Коразол	1 мл	»
»	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	60—100 мг	»

При отсутствии родовозбуждающего эффекта беременной предоставляется отдых на сутки, затем схему повторяют. Если на второй день не начинаются роды, вновь предоставляется отдых до следующего дня. Третья попытка, как правило, эффективна. Продолжительность курса около 8 ч.



### Схема 33

Метод родовозбуждения и родоусиления П. Н. Савицкого [135]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Окситоцин	3 ЕД	Внутривенно капельно с 8 капель/мин, постепенно увеличивая дозу
Одновременно	Глюкоза	5 %-ный раствор — 300 мл	То же
»	Кордиазол	10 %-ный раствор — 1 мл	»
»	Натрий бромистый	10 %-ный раствор — 10 мл	»

Продолжительность курса 3 ч.

### Схема 34

Метод родовозбуждения П. А. Степановой [50]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Кислота аскорбиновая	0,5 г	Внутрь
—	Глюкоза	40 %-ный раствор — 60 мл	Внутривенно
Через 40 мин	Фолликулин или синэстрол	30 — 35 тыс. ЕД	Внутримышечно
То же	Эфир	0,5 мл	»
»	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 1 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника через 15 мин, 12 приемов	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
То же	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно

Продолжительность курса 5 ч 30 мин. Метод предложен для возбуждения родов при перенесенной беременности. Он дает положительный эффект в 76—85 % случаев.

### Схема 35

#### Метод родовозбуждения, родоусиления Л. В. Тимошенко [45]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Эстрадиола ди-пропионат или синэстрол	20 тыс. ЕД	В толщу задней губы шейки матки
Через 30 мин	Эфир Глюкоза	0,5 мл 40 %-ный раствор — 20 мл	То же Внутривенно
То же	Кальция хлорид	10 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор — 10 мл	»
Через 1 ч	То же	То же	»
То же	Питуитрин (или окситоцин)	0, 2 мл	Подкожно
Через 30 мин, 6 приемов	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
То же	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно

Продолжительность курса 8 ч. Метод Л. В. Тимошенко применялся при первичной и вторичной слабости схваток. Он расценивается как очень эффективный, приводящий к снижению мертворождаемости в 6 раз в сравнении с методом Е. А. Курдиновского.

Метод эффективен и для родовозбуждения. Автор получил положительный родоусиливающий эффект в 93,7 % случаев.

### Схема 36

#### Метод родовозбуждения Г. Т. Хмыз [53]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 дня — ограничение приема жидкости	—	—	—
То же	Эстрадиола ди-пропионат	10 тыс. ЕД	Внутримышечно
»	Гипотиазид	50 мг, 1 раз	Внутрь
На 4-е сут	Масло касторовое	50—60 г	»
Через 2 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Пахикарпина гидрохлорид	3 %-ный раствор — 4 мл	Внутримышечно
Через 15 мин, 4 приема	Хинин солянокислый	0,15 г	Внутрь
То же	Пахикарпина гидрохлорид	3 %-ный раствор — 4 мл	Внутримышечно

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
»	Кордиазол	1 мл	Подкожно
»	Кислород	10 мин	Вдыхание

Продолжительность курса 3 дня 4 ч. 15 мин. Метод оказался эффективным в 69 из 72 % случаев.

### Схема 37

Метод родовозбуждения А. П. Черной, К. Н. Рошиной,  
М. А. Гранильщиков [136]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
3 дня	Фолликулин	20 тыс. ЕД	Внутримышечно
То же	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 1 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Через 15 мин, 9 приемов	Маммофизин	0,3 мл	Внутримышечно
То же	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
»	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	60 г	»

Продолжительность курса 3 дня 3 ч 45 мин. Метод рекомендован при перенесенной беременности, позднем токсикозе, экстрагенитальных заболеваниях матери.

### Схема 38

Метод родовозбуждения Е. А. Чернухи, М. А. Ботвина,  
Е. И. Николаевой, З. В. Новиковой [137]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
До 7 дней, 2 раза в сут	Синэстрол или фолликулин	15—20 тыс. ЕД	Внутримышечно
На 8-й день	Масло касторовое	60 г	Внутрь

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Через 1 ч	Хинин соляно-кислый	0,15 г	Внутрь
» 15 мин, 11 приемов	Карбохолин	0,001 г	»
То же	Хинин соляно-кислый	0,15 г	»

Продолжительность курса 7 дней 4ч 45 мин. Метод нецелесообразно применять при преждевременном излитии вод в связи с его недостаточной эффективностью.

### Схема 39

Метод родовозбуждения Е. А. Чернухи, М. А. Ботвина, Е. И. Николаевой, З. В. Новиковой [137]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
2—3 дня, до 7	Синэстрол или фолликулин	15—20 тыс. ЕД	Внутримышечно
На 2-е — 7-е сут	Простагландин (или окситоцин)	5 мг (5 ЕД)	Капельно внутривенно с 12—16 капель/мин. Через каждые 10—20 мин число капель увеличивать на 4—5, до появления регулярных схваток
Одновременно	Глюкоза (или физиологический раствор)	5 %-ный раствор — 500 мл (500 мг)	То же
После установившейся родовой деятельности	Амниотомия	—	—

Продолжительность курса 2—6 дней 5 ч. Метод рекомендован при наличии резус-конфликтной беременности, перенашивании, поздних токсикозах, заболеваниях матери. В родах при установившейся родовой деятельности и открытии матки на 2—3 см рекомендуется широкое применение спазмолитических и обезболивающих средств.



### Схема 40

#### Метод родовозбуждения Н. А. Шилко [59]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Димэстрол	0,6 % -ный раствор — 4 мл	Внутримышечно
Через 48 ч	Прозерин	0,003 г	Внутрь
» 1 ч, 2 приема	»	»	»
Одновременно	Масло касторовое	60 мл	»
Через 1 ч, 2 приема	Прозерин	0,003 г	»
Одновременно	Хинин солянокислый	0,05 г	»
Через 15 мин, 3 приема	То же	»	»
Через 15 мин	Прозерин	0,003 г	»
Одновременно	Питуитрин	0,25 мл	Подкожно
Через 15 мин, 3 приема	»	»	»

Продолжительность курса 2 дня 5 ч 45 мин. Метод рекомендован при перенесенной беременности, эффективен в 89,09 % случаев.

### Схема 41

#### Метод родовозбуждения и родоусиления А. Штейна [2]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	2 столовых ложки	Внутрь
Через 2 ч	Питуитрин	0,2 мл	Внутримышечно
» 1 ч, 7 приемов	»	»	»

Продолжительность курса 9 ч. При слабости родовой деятельности метод эффективен только в 36,2% случаев. Автор получил положительный эффект в 70 % случаев.

**Схема 42**  
**Метод родовозбуждения *Ursell* [138]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Сразу после диагностирования антенатальной гибели плода	Амниотомия	—	—
После амниотомии	Окситоцин	5 ЕД	Внутривенно
То же	Глюкоза	5%-ный раствор— 500 мл	»

Продолжительность курса 5 ч. Метод рекомендован для родовозбуждения при антенатальной гибели плода.

**Схема 43**  
**Метод родоусиления Л. А. Амниевой [139]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Питуитрин в смеси с 2 мл сыворотки крови роженицы с выраженной родовой деятельностью	3 ЕД	Внутримышечно
Через 1,5 ч, 2 приема	То же	»	»

Продолжительность курса 3 ч. Метод эффективен в 80,7 % случаев, рекомендуется при первичной и вторичной родовой слабости.

**Схема 44**  
**Метод родоусиления М. И. Анисимовой [140]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Пахикарпина гидройодид	3 %-ный раствор— 3 мл	Внутримышечно
Через 45 мин	То же	То же	»

Продолжительность курса 45 мин. Метод рекомендован для родоусиления, положительный эффект в 63,1 % случаев. Эффективность метода ниже при родовозбуждении.

### Схема 45

#### Метод родоусиления Н. С. Бакшеева с соавт. [141]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Таликтримин	2 %-ный раствор — 2 мл	Внутримышечно
Через 1 ч, 2 приема	»	То же	»

Лучший эффект авторы получили, применяя препарат на эстрогенно-глюкозно-кальциевом фоне. Продолжительность курса 2 ч.

### Схема 46

#### Метод родоусиления Н. С. Бакшеева [142]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Эстрадиола дипропионат или синэстрол	20 тыс. ЕД 0,5 %-ный раствор — 1 мл	Внутримышечно
Через 3,5 ч	То же	То же	»
Одновременно	Глюкоза	5 %-ный раствор — 400 мл	Внутривенно или подкожно капельно, начиная с 10—15 капель/мин до 25—35
»	Окситоцин	10 ЕД	То же
Во время стимуляции	Кальция глюконат	10 %-ный раствор — 10 мл	Внутривенно
То же	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Коамид	1 %-ный раствор — 1 мл	Подкожно
»	Кокарбоксилаза	50 мг	Внутривенно
»	Тиамин хлорид	2,5 %-ный раствор — 1 мл	Внутримышечно

Продолжительность курса около 7 ч.

### Схема 47

Метод родоусиления П. А. Белошапко, Л. А. Решетовой [47]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Фолликулин	10 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 30 мин	Карбохолин	0,001 г	Внутрь
» 15 мин	Питуитрин	0,15 мл	Внутримышечно
Одновременно	Хинин солянокис- лый	0,15 г	Внутрь
Через 15 мин	Карбохолин	0,001 г	»
То же, 2 приема	Хинин солянокис- лый	0,15 г	»
Через 15 мин	Питуитрин	0,15 мм	Внутримышечно

Продолжительность курса 1 ч 30 мин. Метод рекомендован при [первичной и вторичной родовой слабости.

### Схема 48

Метод родоусиления П. А. Белошапко, А. М. Фоя [49]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Бензоат фоллику- лин	12—20 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 2—3 ч	Питуитрин	0,25 мл	»
» 20—30 мин, 3 приема	»	»	»

Продолжительность курса 3—4,5 ч.

### Схема 49

Метод родоусиления Н. И. Бескровной, Л. А. Решетовой [143]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Фолликулин	5—10 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 30 мин	Питуитрин	0,15 мл	Подкожно
Одновременно	Карбохолин	0,01 г	Внутрь
Через 15 мин	»	»	»
То же	Хинин солянокис- лый	0,15 г	»
»	Питуитрин	0,15 мл	Подкожно
Одновременно	Карбохолин	0,001 г	Внутрь



Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Через 15 мин	Карбохолин	0,001 г	Внутрь
То же	Хинин солянокислый	0,15 млг	»
»	Питуитрин	0,15 мл	Подкожно
Одновременно	Карбохолин	0,001 г	Внутрь
Через 15 мин	»	»	»
То же	Хинин солянокислый	0,15 г	»

Продолжительность курса 1 ч 45 мин. Метод рекомендован при первичной слабости родовой деятельности, положительный эффект получен в 67,3 % случаев.

### Схема 50

Метод родоусиления П. А. Белошапко, Л. А. Решетовой [47]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Фолликулин	20 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 2 ч	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
» 1 ч	Хинин солянокислый	0,05 г	»
» 15 мин,	»	»	»
5 приемов			

Продолжительность курса 4 ч 15 мин. Метод рекомендован при первичной и вторичной слабости родовой деятельности.

### Схема 51

Метод родоусиления П. А. Белошапко, Л. А. Решетовой [47]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Маммофизин	0,3—0,4 мл	Внутримышечно
Через 30 мин,	»	»	»
5 приемов			

Продолжительность курса 2,5 ч. Метод рекомендован при первичной и вторичной слабости родовой деятельности.

**Схема 52**  
**Метод родоусиления Н. П. Буйко [144]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Лимонник китайский	40 капель	Внутрь
Через 2 ч	То же	20 »	»
То же	»	15 »	»

При незначительной эффективности через 6 ч можно назначить препарат повторно и по этой же схеме. Продолжительность курса 4 ч. Применяется при первичной и вторичной слабости родовой деятельности, эффективен в 84,35 % случаев. Наиболее положительные результаты получены при вторичной слабости родовой деятельности (89,74 %).

**Схема 53**  
**Метод родоусиления Н. П. Верхацкого [145]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Через 15 мин	Теплая клизма с раствором натрия хлористого	10 %-ный раствор — 50—75 мл	Ректально
» 25 мин	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
» 15 мин	Теплая клизма с раствором натрия хлористого	10 %-ный раствор — 50—75 мл	Ректально
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
Через 25 мин	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
» 40 мин	То же	»	»

При отсутствии эффекта ставят третий раз гипертоническую клизму и внутривенно вводят 10—15 мл 10 %-ного раствора хлористого натрия. Продолжительность курса 2 ч. Метод применяли при первичной и вторичной слабости родовой деятельности с хорошим результатом.

### Схема 54

#### Метод родоусиления Н. П. Верхацкого [56]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
При полном открытии шейки матки	Питуитрин	1 мл	Внутримышечно
Одновременно	Кордиамин	2 мл	То же
»	Кровь роженицы из локтевой вены	4—10 мл	Внутримышечно
»	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно

Метод применен у 420 рожениц, получены хорошие результаты.

### Схема 55

#### Метод родоусиления Н. П. Верхацкого [56]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Синэстрол или эстрадиол	0,10 %-ный раствор (40 тыс. ЕД)	Внутримышечно
Одновременно	Очистительная клизма: теплая вода с 50—75 г поваренной соли	500—700 мл	Ректально
После действия кишечника	Промедол в порошке	0,03 г	Внутрь
Одновременно	Тифен в порошке	0,03 г	»
»	Сахар или промедол	0,03 г	Подкожно
»	Тифен	1 %-ный раствор — 2—3 мл	»
Через 30 мин	Питуитрин	0,03 г	Внутрь
То же	Кордиамин	1 мл	Внутримышечно
»	Кровь роженицы из локтевой вены	2 мл	»
Через 30 мин, 2 приема	Хинин солянокислый	10—15 мл	После тщательного размешивания
Одновременно	Кислород	0,15 г	Внутрь
Через 30 мин	Хинин солянокислый	0,15 г	Вдыхание
То же	Кислород	—	Внутрь
Одновременно	Питуитрин	—	Вдыхание
При отсутствии эффекта через 3—4 ч	Кордиамин	1 мл	Внутримышечно
Одновременно	Кровь из локтевой вены роженицы	2 мл	»
		10—15 мл	»

Продолжительность курса 3 ч.

**Схема 56**  
**Метод родоусиления И. Ф. Жордания [146]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Фолликулин или синэстрол	40—50 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 2 ч	Допустимо при раскрытии шейки матки до 3 пальцев вскрытие плодного пузыря	—	—
» 30 мин	Масло касторовое	50—60 г	Внутрь
То же, 4 приема	Хинин солянокислый	0,25 г	»
Через 15 мин	Питуитрин	0,25 мл	Подкожно
То же	Хинин солянокислый	»	Внутрь
Одновременно	Питуитрин	»	Подкожно
Через 15 мин	»	»	»
То же	Хинин солянокислый	0,25 г	Внутрь
Одновременно	Питуитрин	0,25 мл	Подкожно
Через 15 мин	»	»	»
То же	Хинин солянокислый	0,25 г	Внутрь
Одновременно	Питуитрин	0,25 мл	Подкожно
»	Горячая клизма (38—40 °С) из физиологического раствора	400 мл	Ректально

Продолжительность курса 5 ч 15 мин. Метод рекомендован при первичной и вторичной родовой слабости.

**Схема 57**  
**Метод родоусиления А. А. Козбагарова [125]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	30 мл	Внутрь
Через 30 мин	Питуитрин	0,25 мл	Подкожно
» 15 мин, 3 приема	»	»	»

Продолжительность курса 1 ч 15 мин. Метод рекомендован при первичной и вторичной родовой слабости.



**Схема 58**  
**Метод родоусиления А. А. Козбагарова [125]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	30 мл	Внутрь
Через 30 мин	Хинин солянокислый	0,05 г	»
» 15 мин,	То же	»	»
3 приема			
То же, 4 приема	Питуитрин	0,25 мл	Подкожно

Продолжительность курса 2 ч 15 мин. Метод рекомендован [при первичной и вторичной слабости родовой деятельности.]

**Схема 59**  
**Метод родоусиления А. П. Каплана [148]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Хинин солянокис- лый	0,2 г	Внутрь
—	Карбохолин	0,001 г	»
Через 15 мин,	»	»	»
2 приема			
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор— 30 мл	Внутривен- но
»	Кальций хлористый	10 %-ный раствор— 10 мл	То же

Продолжительность курса 1 ч. Метод рекомендован для родоусиления при слабости схваток и потуг.

**Схема 60**  
**Метод родоусиления Я. С. Кленицкого [147]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	30 г	Внутрь
Через 30 мин	Хинин солянокислый	0,05 г	»
» 15 мин,	То же	»	»
3 приема			
То же, 5 прие- мов	Питуитрин	0,25 мл	Подкожно

Продолжительность курса 2 ч 30 мин.

### Схема 61

Метод родоусиления В. С. Лесюк, В. А. Челка [149]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
— После введения кислорода	Кислород Окситоцин	До 1000 см <sup>3</sup> 0,2 мл	Подкожно в бедро Подкожно в перед- нюю брюшную стенку
Через 15 мин	Гиалуронидаза или лидаза	1 мг 32 ЕД	То же
То же	Пенициллин	300 тыс. ЕД	»
»	Окситоцин	0,2 мл	»
»	Гиалуронидаза или лидаза	1 мг 32 ЕД	»
»	Пенициллин	300 тыс. ЕД	»
»	Окситоцин	0,2 мл	Подкожно
Через 15 мин, 4 приема	Гиалуронидаза	1 мг	»

Продолжительность курса 1 ч 30 мин. Метод предложен для лечения первичной и вторичной родовой слабости, по эффективности, по заключению авторов, не уступает капельному внутривенному вливанию окситоцина. При первичной родовой слабости эффективен в 95, при вторичной — в 92 % случаев.

### Схема 62

Метод родоусиления Г. Я. Либерман [105]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	60 г	Внутрь
Через 1 ч	Хинин солянокислый	0,15 г	»
» 15 мин, 9 приемов	Карбохолин	0,001 г	»
Одновременно	Хинин солянокислый	0,15 г	»
Через 45 мин	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Глюкоза	40 %-ный рас- твор — 40 мл	Внутривен- но
Одновременно	Кальция хлорид	10 %-ный рас- твор — 10 мл	То же

Продолжительность курса 4 ч 30 мин.

### Схема 63

#### Метод родоусиления Г. П. Лисицы [150]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 2 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
» 1 ч	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
30 мин, 6 приемов	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно
То же	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
»	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
»	Кальция хлорид	10 %-ный раствор — 10 мл	То же
Через 30 мин	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно
То же	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
»	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 20 мл	Внутривенно

Промежутки между дачей хинина и питуитрина могут быть сокращены до 15 мин. Продолжительность курса 7 ч 30 мин, при сокращении до 15 мин — 5 ч 15 мин. Метод применен для родоусиления при первичной и вторичной слабости родовой деятельности. Эффективность выше, чем при методе Штейна, Курдиновского, Хмелевского, Николаева. Наилучший эффект отмечен при первичной слабости родовых сил (в 64 случаях из 67).

### Схема 64

#### Метод родоусиления М. Я. Михельсона [158]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Глюкоза	0,2 г	Внутрь
—	Прозерин	0,03 г	»
Через 40—60 мин, 7 приемов	»	»	»

Продолжительность курса от 4 ч 40 мин до 7 ч. Рекомендуется при первичной слабости родовых сил.

**Схема 65**  
**Метод родоусиления М. Я. Михельсона [158]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Прозерин	0,015 г	Внутрь
—	Атропин сернокис- лый	0,1 %-ный рас- твор	»
—	Глюкоза	0,2 г	»
Через 40—60 мин, 4 приема	»	»	»

Продолжительность курса от 2 ч 40 мин до 4 ч. Автор предлагал этот метод в случаях упорной первичной слабости родовых сил. Метод эффективен в 88,4 % случаев.

**Схема 66**  
**Метод родоусиления Ф. И. Мошовича, Я. И. Родкевича [130]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	30 мл	Внутрь
Через 2 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия ки- шечника	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно
Через 30 мин, 5 приемов	Хинин солянокис- лый	0,1 г	Внутрь
Через 30 мин, 3 приема	Питуитрин	0,2 мл	Подкожно

Продолжительность курса 6 ч 30 мин. Метод рекомендован при первично-слабости родовых сил.

**Схема 67**  
**Метод родоусиления Ф. И. Мошовича, Я. И. Родкевича [130]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	30 мл	Внутрь
Через 2 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия ки- шечника	Прозерин	0,003 г	Внутрь
Одновременно	Глюкоза	0,2 г	»
Через 30 мин, 8 прие- мов	»	»	»

Продолжительность курса 6 ч. 30 мин.



### Схема 68

#### Метод родоусиления Н. П. Найденовой [151]. Вариант первый

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
Через 2 ч, 3 приема	Сферофизин Глюкоза	0,02 г 0,2 г	Внутрь »

Продолжительность курса 6 ч. Метод менее эффективен, чем при инъекциях сферофизина.

### Схема 69

#### Метод родоусиления Н. П. Найденовой [151]. Вариант второй

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Сферофизин	1 %-ный раствор — 1 мл	Подкожно или внутримышечно
Через 1 ч, 5 приемов	»	То же	То же

Продолжительность курса 5 ч. Метод эффективен в 85,72 % случаев.

### Схема 70

#### Метод родоусиления В. А. Пермской [152]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Прозерин	0,1 %-ный раствор — 1 мл	Подкожно
Одновремен- но	Атропин сернокис- лый	То же	»
Через 1 ч, 4 приема	Прозерин	»	»

Продолжительность курса 4 ч.

**Схема 71**  
**Метод родоусиления А. И. Петченко [51]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Фолликулин	40—60 тыс. ЕД	Внутримышечно
Одновременно	Масло касторовое	50 мл	Внутрь
Через 45 мин,	Хинин солянокис-	0,2 г	»
4 приема	лый		
То же	Питуитрин	0,25 г	Подкожно
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 50 мл	Внутривенно
»	Кальций хлористый	10 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Витамин В <sub>1</sub>	40—50 мг	»
»	Кислота аскорбиновая	500 мг	»
При развившихся схватках	Прозерин	0,1 %-ный раствор — 1,2 мл	Подкожно в зоны Снегирева — Геда
Одновременно	Глюкоза	5 %-ный раствор — 100 — 200 мл	То же

Продолжительность курса 7 ч. Показания — первичная слабость схваток.

**Схема 72**  
**Метод родоусиления И. Н. Рембеза [153]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	60 г	Внутрь
Через 1 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Фенамин	0,01—0,02 г	Внутрь
Через 20 мин	Лидаза	64 ЕД	В подкожную клетчатку передней брюшной стенки
Одновременно	Новокаин	1 %-ный раствор — 20—30 мл	То же
»	Глюкоза	5 %-ный раствор — 100 мл	Капельно подкожно через ту же иглу
»	Питуитрин	3 ЕД	То же
»	Кордиамин	2 мл	»
»	Кислота аскорбиновая	0,5—1 г	»
»	Витамин В <sub>1</sub> (тиамина хлорид)	50—100 мг	»

Продолжительность курса 4 ч. По эффективности эта методика не уступает методике внутривенного капельного введения окситоцина.

**Схема 73**  
**Метод родоусиления И. Н. Рембеза [153]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Питуитрин	1—0,5 мл	Внутривенно капельно, начиная с 5 капель, постепенно увеличивая до 40
Одновременно	Глюкоза	5 %-ный раствор — 500 мл	То же
»	Кальция глюконат	10 %-ный раствор — 10 мл	»
»	Кардиазол	10 %-ный раствор — 1—2 мл	»
»	Кислота аскорбиновая	0,5—1 г	»
»	Витамин B <sub>2</sub>	60—100 мг	»

Продолжительность курса 5 ч.

**Схема 74**  
**Метод родоусиления И. Н. Рембеза [154]**

Состав свечи	Доза, г
Атропин сернокислый	0,0003
Прозерин	0,0045
Но-шпа	0,08
Седуксен	0,05
Пахикарпина гидройодид	0,15
Хинин солянокислый	0,2
Масло какао	1,5

Свечу можно применять через 2—4 ч, повторно до 3, а в исключительных случаях до 4 раз. Применение свечи у рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и болезненными схватками дает хороший стимулирующий эффект в 74,25 % случаев, удовлетворительный — в 25,25, т. е. положительный стимулирующий эффект отмечен в 99,5 % случаев.

Свеча обладает выраженными болеутоляющим и стимулирующим сократительную деятельность матки свойствами. Отрицательного влияния на плод не выявлено. Продолжительность курса 9 ч.

### Схема 75

Метод родоусиления Л. Ф. Таракановой, Е. П. Шуйкиной [48]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Фолликулин	10 тыс. ЕД	Внутримышечно
—	Эфир	0,5 мл	»
—	Кальция глюконат	10 % -ный раствор— 10 мл	Внутривенно
—	Витамин В <sub>1</sub>	1 мл	»
—	Витамин В <sub>6</sub>	»	Внутримышечно
Через 1 ч	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
» 2 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Электровозбуждение аппарата ЭТМ-1	Сила тока 15 мА, частота 25—50 Гц, продолжительность подачи тока 1—2 мин	2—3 подачи с интервалами в 5 мин
После возбуждения	Амниотомия	—	—
После амниотомии	Продолжение электровозбуждения	Сила тока 14 мА, частота 25—50 Гц, продолжительность подачи 1—2 мин	10—15 подач с интервалами в 5 мин, до развития сокращения матки

Продолжительность курса 5 ч. Метод рекомендуется применять при плоской форме плодного пузыря.

### Схема 76

Метод родоусиления А. Т. Трифановой [155]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Лимонник китайский (70 % -ный экстракт 1:3)	20—25 капель	Внутрь
Через 1 ч	То же	То же	»
» 3—4 ч	»	»	»
» 1 ч, 2 приема	»	»	»

Продолжительность курса 8 ч. Метод неэффективен для родовозбуждения, применяется только с целью усиления родовой деятельности, эффект получен в 90 % случаев.



**Схема 77**  
**Метод родоусиления А. М. Фоя [156]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Хинин соляно-кислый	0,2 г	Внутрь
Через 20 мин, 2 приема	То же	»	»
Одновременно	Апрофен	2 %-ный раствор— 1 мл	Внутримышечно
Через 20 мин	Пахикарпин	3 %-ный раствор— 3 мл	То же
» 3 ч	То же	То же	»

Продолжительность курса 4 ч. При упорной слабости родовой деятельности последнюю дозу пахикарпина можно увеличить до 5 мл.

**Схема 78**  
**Метод родоусиления А. М. Фоя, А. Л. Чайковской [58]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Солевое слабительное	25 г	Внутрь
—	Кислота аскорбиновая	400 мг	»
—	Синэстрол	50 тыс. ЕД	Внутримышечно
Через 2—3 ч	Питуитрин	0,15—0,25 мл	»
Через 20—30 мин, 3 приема	»	То же	»

Продолжительность курса от 3 ч до 4 ч 30 мин. При первичной слабости родовой деятельности положительный эффект получен в 68,4 % случаев, при вторичной — в 72, при родовозбуждении — в 49,2 % случаев.

**Схема 79**  
**Метод родоусиления В. Н. Хмелевского [67]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Глюкоза	40 %-ный раствор—30—40 мл	Внутривенно
Одновременно	Кальций хлористый	10 %-ный раствор—10 мл	»
	Кислота аскорбиновая	5 %-ный раствор—5 мл	»

При слабости родовой деятельности метод [эффективен в 47,2 % случаев.

### Схема 80

#### Метод родоусиления В. Н. Хмелевского [67]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Глюкоза	50 г	Внутрь
Одновременно	Кальций хлористый	2 г	»
»	Горячая вода	1 стакан	»
»	Разведенная соляная хлористоводородная кислота	8—10 капель	»
Через 2 ч, 2 приема	То же	То же	»

Продолжительность 4 ч. Метод более эффективен во втором периоде родов, особенно при открытии шейки матки, близком к полному.

### Схема 81

#### Метод родоусиления А. П. Черной, К. Н. Рощиной, М. А. Гранильщиков [136]

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Масло касторовое	60 мл	Внутрь
Через 1 ч	Очистительная клизма	—	Ректально
После действия кишечника	Хинин солянокислый	0,2 г	Внутрь
Через 30 мин, 3 приема	То же	»	»
Одновременно	Глюкоза	40 %-ный раствор — 40 мл	Внутривенно
»	Витамин B <sub>1</sub>	60 мг	»

Продолжительность курса 3 ч 30 мин. Эффективен в 85,6 % случаев.

### Схема 82

#### Метод родоусиления Р. Л. Шуба [64]

Периодичность	Препарат	Доза, мг	Способ применения
Одновременно	Витамин B <sub>1</sub>	100 мг	Внутримышечно
»	Марганца аскорбинат	300 мг	»
»	Аскорбиновая кислота	0,8 г	Внутрь

Метод оказался эффективен в 85 % случаев.

**Схема 83**  
**Метод родоусиления И. И. Яковлева [16]**

Периодичность	Препарат	Доза	Способ применения
—	Окситоцин	3 ЕД	Внутривенно капельно с 8—10 капель/мин, постепенно увеличивая до 20—30
—	Глюкоза	5 %-ный раствор — 500 мл	То же
—	Кофеина бензоат (натрия кофеина бензоат)	10 %-ный раствор — 1 мл	»

Продолжительность курса 5 ч.

## Библиографический список

1. Голубев А. П. Родовозбуждение и готовность организма беременной к родам.— Акуш. и гин., 1972, № 7, с. 9—13.
2. Гентер Г. Г. Акушерский семинарий. Том II. Л.: Практич. мед., 1929. 616 с.
3. Зайдиева З. Н. Применение метрейринтера малой емкости в целях стимуляции и вызывания родовой деятельности при продольных положениях плода.— Акуш. и гин., 1957, № 3, с. 34—40.
4. Veyre J. F., Laumosne J., Mavel A., Feldman J. P., Pelikan P., Michiels V. Le ballon de Boi ssard antiquité on moyen moderue de déclenchement. A propos de 84 observations en 46 mois. Rev. franc. gynec. 1974, 69, 10, 535—539.
5. Старовойтов И. И. Опыт применения трубчатого метрейринтера.— Акуш. и гин., 1953, № 5, с. 21—24.
6. Берман В. С. К вопросу об операции кольпейриза (новая модель кольпейринтера).— Акуш. и гин., 1958, № 3, с. 26—28.
7. Давыдов С. Н. О механизме действия кольпейриза.— Акуш и гин., 1958, № 3, с. 21—26.
8. Colin E. D., Bartholomew R. A., Grimes N. H. The problem of delivery of the nonresident patient. Am. J. Obstet, gynec., 1947, v. 54, N 7, p. 760—768.
9. Swann R. O. Цит. по K. Baumgarten, 1967.
10. Миллер Р. Г. Отслойка нижнего сегмента плодных оболочек как метод родовозбуждения при переносенной беременности.— В кн.: Избранные вопросы акушерства и гинекологии. Новокузнецк.: Восточн.-Сиб. кн. изд-во, 1971, с. 95—102.
11. Хечинашвили Г. Г. Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам. Л.: Медицина, 1974. 189 с.
12. Csapo A. The thoretic, diagnostic and prognostic



value of the antrautorine pressure. In.: Uterine contractility. Simpos. in wurrburg, 1964, Bibl. gynaec., 1966, Facs. 42, p. 93—124.

13. *Smyth C. N.* Measurment of the borces and strains of labaur and the action of artian oxytocin drugs. In: la prophylaxie en gynecologie et obstetrique Congr. internat. de gynecol. et d'obstetrique geneve, 1954, p. 1030—1040.

14. *Лазаревич И. П.* Исследование живота беременных. Харьков, 1965. 25 с.

15. *Груздев В. С.* Курс акушерства и гинекологии. М.: Госиздат РСФСР, 1922. 534 с.

16. *Яковлев И. И.* Обоснование тактики ведения родов и рекомендуемых терапевтических мероприятий у женщин при аномалиях родовых сил.— В кн.: Клинико-физиологические наблюдения за функцией половой и мочевой систем у беременных и небеременных женщин. Л.: Медицина, 1961, с. 68—95.

17. *Иванов А. А.* К технике применения кожно-головных щипцов.— Акуш и гин., 1955, № 4, с. 61—63.

18. *Родионова Е. Н.* Опыт применения кожно-головных щипцов по Иванову при различных видах акушерской патологии.— Акуш. и гин., 1953, № 3, с. 37—40.

19. *Школьный Г. К., Николаева Т. М.* Применение кожно-головных щипцов при слабости родовой деятельности.— В кн.: Рациональное ведение родов. Киев: Здоровье, 1960, с. 116—120.

20. *Мигаловская Г. Н., Шейман А. И.* Кожно-головные щипцы.— Акуш. и гин., 1955, № 6, с. 23—26.

21. *Трегуб С. И., Генина Н. П., Бабулина З. М.* Опыт применения кожно-головных щипцов по Иванову в акушерской клинике Львовского института охраны материнства и детства.— Акуш. и гин., 1957, № 2, с. 28—31.

22. *Исмакин К. Н.* Операция наложения кожно-головных щипцов в современном акушерстве.— Акуш. и гин., 1967, № 3, с. 40—42.

23. *Петченко А. И.* Клиника и терапия слабости родовой деятельности. Л.: Медгиз, 1956. 25 с.

24. *Бумм Э.* Руководство к изучению акушерства/Пер. с нем. М.: Медицина, 1930. 200 с.

25. *Шредер К.* Учебник акушерства. СПб. 1895. 200 с.

26. *Николаев А. П.* Очерки теории и практики обезболивания родов. М.: Медгиз, 1953. 175 с.

27. *Колегаев Г. А.* Усиление родовой деятельности фарадическим током.— Акуш. и гин., 1938, с. 9—11.

28. *Стругацкий В. М.* Физические факторы в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1981. 206 с.
29. *Персианинов Л. С., Кирющенко А. П., Фролова О. Г., Николаева Е. И., Чушкова И. С.* Факторы и группы высокого риска беременных женщин.— Акуш. и гин., 1976, № 10, с. 7—11.
30. *Степанов В. С., Воронцова Г. М., Филимонов В. Г.* и др. О значении нейрогуморальных факторов при родовозбуждении и родостимуляции методом акупунктуры.— В кн.: Труды XIII Всесоюзн. съезда акуш.-гин. М.: Медицина, 1976, с. 479—480.
31. *Воронцова Г. М., Степанов В. С., Быков В. И.* Акупунктура в профилактике аномалий родовых сил и перинатальной патологии.— Акуш. и гин., 1978, № 4, с. 44—47.
32. *Степанов В. С., Филимонов В. Г., Персианинов Л. С.* О применении метода акупунктуры в акушерстве.— Акуш. и гин., 1977, № 10, с. 51—56.
33. *Михайленко Е. Т., Бублик-Дорняк Г. М.* Физиологическое акушерство. Киев: Здоровье, 1982. 367 с.
34. *Пронина Г. М.* Физиологические основы электрической стимуляции матки по принципу биологического регулирования.— В кн.: Труды XIII Всесоюзн. съезда акуш.-гин. М.: Медицина, 1976. 457 с.
35. *Пронина Г. М., Збыковская Н. М.* Регуляция родовой деятельности с помощью биоуправляемой электрической стимуляции матки.— Акуш. и гин., 1978, № 4, с. 48—52.
36. *Персианинов Л. С., Каструбин Э. М.* Применение импульсных токов с целью регуляции родовой деятельности и обезболивания.— В сб.: Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1975, с. 66—79.
37. *Новиков Ю. И., Семенов И. И., Сатановская Е. А.* Опыт применения нейрорефлекторного усиления родовой деятельности методом вибродилатации шейки матки.— Акуш. и гин., 1976, № 10, с. 20—24.
38. *Дахно В. Ф., Грищенко В. И., Моргуян В. Б., Сухина Н. И.* Физические факторы в комплексном лечении слабости родовой деятельности.— В кн.: Труды XIII Всесоюзн. съезда акуш.-гин. М.: Медицина, 1976, с. 391—392.
39. *Молжанинов Е. В.* Пневматический винт для усиления родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1961, № 5, с. 35—38.

40. *Грищенко В. И.* Гипотермия и криохирургия в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1974. 280 с.
41. *Ягунов С. А.* Физкультура во время беременности и в послеродовом периоде. Л.: Медицина, 1959. 25 с.
42. *Арист И. Д.* Некоторые замечания о значении цитогормонального метода в проблеме регуляции родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1969, № 8, с. 55—57.
43. *Бакшеев Н. С.* Вопросы клиники и патогенеза нарушений моторной функции матки в родах.— Акуш. и гин., 1969, № 8, с. 51—55.
44. *Николаев А. П.* Слабость родовой деятельности и ее лечение. Киев: Госмедиздат УССР, 1956. 67 с.
45. *Тимошенко Л. В.* К вопросу о стимуляции родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1958, № 3, с. 89.
46. *Барац М. Е.* Возбуждение родовой деятельности путем применения гормонов, фармакологических средств и преждевременного искусственного вскрытия плодного пузыря.— Акуш. и гин., 1960, № 5, с. 38—42.
47. *Белошапко П. А., Решетова Л. А.* Сравнительная оценка современных методов стимуляции родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1956, № 5, с. 3—6.
48. *Тараканова Л. Ф., Шуйкина Е. П.* Электрическая стимуляция матки при плоской форме плодного пузыря.— Акуш. и гин., 1976, № 1, с. 44—48.
49. *Белошапко П. А., Фой А. М.* Обезболивание и ускорение родов. М.: Медгиз, 1954. 173 с.
50. *Степанова П. А.* Возбуждение родов у женщин при переносенной беременности и определение сократительности способности матки методом наружной многоканальной гистерографии.— Акуш. и гин., 1967, № 3, с. 25—29.
51. *Петченко А. И.* Акушерство. Киев: Медгиз УССР, 1954. 643 с.
52. *Бакшеев Н. С.* Клинические лекции по акушерству. М.: Медицина, 1972. 510 с.
53. *Хмыз Г. Т.* Роль гормонов и ганглиоблокаторов в возбуждении родовой деятельности.— В сб.: Регуляция родовой деятельности. Киев: Здоровье, 1966, с. 124—127.
54. *Тимошенко Л. В.* Слабость родовой деятельности. Киев: Здоровье, 1965. 195 с.
55. *Ландау Я. М., Беккерман И. Я.* Рациональный метод возбуждения родовой деятельности при переносенной беременности.— Акуш. и гин., 1968, № 1, с. 31—35.

56. *Верхацкий Н. П.* Стимуляция родовой деятельности дорантными формами питуитрина и пахикарпина.— Акуш. и гин., 1957, с. 44—50.

57. *Лукащук В. А.* О лечении переносимой беременности.— Акуш. и гин., 1961, № 5, с. 59—63.

58. *Фой А. М., Чайковская А. Л.* Опыт клинико-экспериментальной оценки некоторых средств, вызывающих повышение сократительной функции матки в родах.— Акуш. и гин., 1951, № 6, с. 19—21.

59. *Шилко Н. А., Лукащук В. А.* К вопросу о вызывании родовой деятельности при переносимой беременности.— В сб.: Регуляция родовой деятельности. Киев: Здоровье, 1966, с. 89—98.

60. *Вершинина В. В.* О течении и ведении запоздалых родов в свете данных о функциональном состоянии матки при переносимой беременности.— Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов: СГМИ, 1968. 12 с.

61. *Персианинов Л. С.* Акушерский семинар. Ташкент: Медицина Уз. ССР, 1973. 441 с.

62. *Курешева К. А., Раскратов Ю. В., Горшкова Л. П.* О роли серотонина в подготовительном периоде к родам.— Акуш. и гин., 1975, № 11, с. 21—23.

63. *Старостина Т. А., Ермакова Г. Г., Потапова Г. Я., Анашкина Г. А.* К характеристике функционального состояния фетоплацентарной системы при первичной слабости родовой деятельности и лечении ее простагландином  $F_{2a}$  и окситоцином.— Акуш. и гин., 1977, № 5, с. 16—19.

64. *Шуб Р. Л.* Значение витаминов в акушерстве и гинекологии.— Акуш. и гин., 1957, № 6, с. 3—11.

65. *Бакшеев Н. С.* Профилактика и лечение слабости родовой деятельности в родильных учреждениях Украины.— Сов. мед., 1965, № 11, с. 121—122.

66. *Каминская В. Т.* Влияние галаскорбина на сократительную деятельность матки.— Акуш. и гин., 1967, № 8, с. 62—66.

67. *Хмелевский В. Н.* Усиление родовой деятельности глюкозой и кальцием.— Акуш. и гин., 1945, № 4, с. 4—11.

68. *Аршавский И. А.* Физиология кровообращения во внутриутробном периоде. М.: Медгиз, 1960. 334 с.

69. *Левинсон Л. Л.* Переносимая беременность. Л.: Медицина, 1969, с. 167.

70. *Лебедева Л. И., Яковлев И. И.* Сократительная деятельность матки женщины во время акта родов при



плоской форме плодного пузыря.— Акуш. и гин., 1963, № 1, с. 72—76.

71. *Персианинов Л. С., Железнов Б. И., Богоявленский Н. В.* Физиология и патология сократительной деятельности матки. М.: Медицина, 1975. 358 с.

72. *Бакшеев Н. С., Орлов Р. С.* Сократительная функция матки. Киев: Здоровье, 1976. 183 с.

73. *Лисовская Г. М.* Вопросы теории и практики электрогистерографических исследований.— Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск: СГМИ, 1963. 35 с.

74. *Збыковская Н. М.* Об особенностях функции матки и состоянии плода при доношенной беременности и преждевременном излитии околоплодных вод.— Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск: СГМИ, 1970. 19 с.

75. *Степаняц Н. А.* Функциональная активность матки при переносимой беременности в аспекте «готовности» организма к родам.— Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск: СГМИ, 1973. 20 с.

76. *Жидовски Я.* Определение срока родов на основании исследования влагалищного мазка и его диагностическое значение при перенашивании беременности.— Акуш. и гин., 1960, № 2, с. 37—47.

77. *Anderson M. M.* The state of the cervix and Surgical unduction of labour. I. obstet. gynaec. Brit. Cwlth, 1965, v. 72, N 5, p. 711—716.

78. *Cadeyro-Barcia R., Alvarer H.* Normal and abnormal uterine contractility in labour. Triangle, 1955, N 2, p. 41—52.

79. *Embrey M. P.* The effects of intravenous oxytocin on uterine contractility. J. Obstet. gynaec. Brit. Cwlth., 1962, v. 69, N 6, p. 910—917.

80. *Федорова М. В.* Влияние состояния шейки матки на результаты возбуждения родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1969, № 7, с. 28—31.

81. *Мартышин М. Я.* Сократительная деятельность различных отделов матки во время беременности и в первом периоде родов.— Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1965. 15 с.

82. *Капралова Р. С.* Биоэлектрическая активность матки в течение многоплодной беременности.— В кн.: Материалы итоговой научной сессии, посвященной проблеме «Физиология и патология раннего детского возраста». Свердловск, 1964, с. 53—56.

83. Шминке Г. А. Техника гистерографии.— Акуш. и гин., 1969, № 12, с. 66—69.
84. Кузнецов В. Н. Значение реогистерографии в оценке сократительной деятельности матки.— Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск, СГМИ, 1969. 23 с.
85. Давыдов С. Н., Алешкер В. Т., Блок М. Я. Опыт использования радиотелеметрии для изучения функционального состояния женской половой системы.— Акуш. и гин., 1967, № 12, с. 69—71.
86. Кожевников В. Н. О некоторых сторонах патогенеза и патогенетических связях при невынашивании и перенашивании беременности.— Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск, СГМИ, 1974. 20 с.
87. Кожевников В. Н. Невынашивание и перенашивание беременности. Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд-во, 1978. 159 с.
88. Николаев А. П. Аномалии родовой деятельности.— В кн.: Акушерская и экстрагенитальная патология. М.: Медицина, 1968, с. 255—303.
89. Персианинов Л. С., Сидельникова В. М., Елизарова И. П. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Л.: Медицина, 1981. 208 с.
90. Грищенко В. И., Яковцева А. Ф. Антенатальная смерть плода. М.: Медицина, 1978. 279 с.
91. Ванина Л. В. Беременность и роды при пороках сердца. М.: Медицина. 397 с.
92. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М.: Медицина, 1977, ч. 1, 623 с.; ч. II, 560 с.
93. Грязнова И. М., Второв В. Г. Ведение беременности и родов при сахарном диабете.— Акуш. и гин., 1978, № 5, с. 67—71.
94. Жмакин К. Н. Некоторые вопросы теории и практики регуляции родовой деятельности.— В кн.: Труды I Всеросс. конф. акуш.-гин. М., 1958, с. 22—32.
95. Толстых А. С. Родовая слабость и ее терапия по материалам родильного дома № 4 города Воронежа.— Тез. докл. I Всеросс. конф. акуш.-гин. М., 1958, с. 33—36.
96. Анисимова М. И. Стимуляция родовой деятельности пахикарпином.— Акуш. и гин., 1953, № 4, с. 34—37.
97. Струков В. А., Алешина Л. Б. О применении медикаментозной стимуляции родовой деятельности для лечения и профилактики слабости ее.— В сб. научн. работ.: Регуляция родовой деятельности. Киев: Здоровье, 1966, с. 109—114.

98. Белошапко П. А. Слабость родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1950, № 6, с. 18—24.

99. Оленева А. М. Об аномалиях родовой деятельности у женщин (первичная и вторичная слабость родовой деятельности).— Акуш. и гин., 1953, № 5, с. 13—18.

100. Яковлев И. И. Обоснование тактики ведения родов и рекомендуемых терапевтических мероприятий у женщин при аномалиях родовых сил.— В кн.: Клинико-физиологические наблюдения за функцией половой и мочевой системы у беременной и небеременной женщины. Л.: Медицина, 1957, с. 68—95.

101. Friolman E. A. Evolution of graphic analysis of labor. Amer. J. Obstet., gynaec., 1978, vol. 132, N 7, p. 824—827.

102. Schwalm H., Cretins K. Weite Beobachtungen zum Verlauf der Uteruswand in der Schwangerschaft. «Arch. Gynäk.», 1958, Bd. 191, s. 271—273.

103. Караш Ю. М. Диагностика сократительной деятельности матки в родах. М.: Медицина, 1952. 221 с.

104. Петченко А. И. Физиология и патология сократительной деятельности матки. Л.: Медгиз, 1948. 412 с.

105. Либерман Г. Я. Предвестниковые схватки и особенности течения родов при них.— Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск: СГМИ, 1969. 19 с.

106. Жмакин К. Н., Сыроватко Ф. А. Акушерский семинар. М.: Медицина, 1968. 483 с.

107. Смирнова В. С., Маневич Л. Е., Левашова И. И. Ведение родов и послеродового периода, осложненных поздним токсикозом беременных с гипертензионным синдромом (методич. реком. МЗ РСФСР). М., 1974. 19 с.

108. Лопатченко О. И. О шейной дистонии в родах.— Акуш. и гин., 1961, № 5, с. 39—43.

109. Рембез И. Н. Нормализация родовой деятельности при ригидности и спазме шейки матки.— Тез. докл. республ. конф. акуш.-гин. Орджоникидзе, 1971, с. 105—106.

110. Шлепков Б. И. Применение новокаина при недостаточности родовой деятельности (экспериментально-клиническое исследование).— Акуш. и гин., 1957, № 4, с. 14—20.

111. Слепых А. С. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. М.: Медицина, 1968. 231 с.

112. Бакшеев Н. С., Медведева И. Н., Бернацкий П. С., Хмыз Г. Т. и др. Усиление моторной функции матки

таликтриминном.— В сб. научн. трудов: Регуляция родовой деятельности. Киев: Здоровье, 1966, с. 118—123.

113. *Грицюк В. И.* Влияние положения тела роженицы на характер сократительной деятельности матки.— Акуш. и гин., 1967, № 10, с. 65—68.

114. *Гриншпун Е. Л., Бабаев В. А.* Влияние перидуральной анестезии на сократительную деятельность матки во время родов.— В сб.: Физиология и патология сократительной деятельности матки. Свердловск: изд. мед. ин-та, 1976, с. 117—122.

115. *Яковлев И. И.* Регуляция родовой деятельности.— В кн.: Труды I Всеросс. конфер. акуш.-гин. М., 1958, с. 5—24.

116. *Савельева Г. М.* Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. М.: Медицина, 1981. 77 с.

117. *Шилко Н. А., Грыжак И. П.* Лечение упорной слабости родовой деятельности резиновым вакуум-стимулятором.— В кн.: Регуляция родовой деятельности. Киев: Здоровье, 1966, с. 148—157.

118. *Легнченко И. С.* Новый метод обезболивания и ускорения родов.— Акуш. и гин., 1961, № 6, с. 16—19.

119. *Артамонов В. С., Самойленко В. А., Розовик С. Д.* Опыт применения микроэлементов для регуляции родовой деятельности.— В сб.: Акушерство и гинекология. Киев: Здоровье, 1972, вып. 2, с. 62—64.

120. *Курский М. Д., Бакшеев Н. С.* Биохимические основы механизма действия серотонина. Киев: Наукова думка, 1974. 262 с.

121. *Бибчук Л. С.* К вопросу о ведении родов при перенесенной беременности.— В кн.: Труды I Всеросс. конфер. акуш.-гин. М., 1958, с. 88—89.

122. *Беккерман И. Я.* Новые данные о питуитрине.— Акуш. и гин., 1948, № 1, с. 13—16.

123. *Дубнов М. В.* Опыт применения модификационного метода Штейна при раннем отхождении вод.— Акуш. и гин., 1936, № 3, с. 11—15.

124. *Девизорова А. С.* Перенесенная беременность. Омск: Зап.-Сиб. кн. изд-во, 1966. 93 с.

125. *Козбагаров А. А.* Ведение родов при преждевременном отхождении вод.— Акуш. и гин., 1960, № 5, с. 34—38.

126. *Карпушин В. П., Голубев А. П.* Об эффективности двух методов возбуждения и усиления родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1977, № 3, с. 54—55.



127. Курдиновский Е. А. Причины наступления родов. БМЭ, 1934, т. 29, с. 129—132.

128. Лернер Е. Л., Иссом Ф. П., Кайко Ц. Ч., Чинерн Д. С. Регуляция родовой деятельности при перенашивании беременности.— В сб. научн. трудов: Регуляция родовой деятельности. Киев, 1966, с. 84—89.

129. Михайленко Е. Т. Опыт профилактики слабости родовой деятельности у женщин с повышенным риском данной патологии.— Акуш. и гин., 1976, № 10, с. 15—17.

130. Мошович Ф. И., Родкевич Е. И. Первичная слабость родовой деятельности по материалам клинического роддома г. Донецка.— В кн.: Труды I Всеросс. конфер. акуш.-гин. М.: Медгиз, 1958, с. 85—87.

131. Новикова З. В., Сидельникова В. М., Ботвин М. А. Комбинированное применение простагландина  $F_{2\alpha}$  и окситоцина с целью родовозбуждения.— В кн.: Труды XIII Всесоюзн. съезда акуш.-гин. М.: Медицина, 1976, с. 263.

132. Песахович Г. И. Метод вызывания родовой деятельности при перенесенной беременности.— Педиатр., акуш. и гин., 1961, № 2, с. 52—56.

133. Персианинов Л. С., Мануилова И. А., Чернуха Е. А. Применение простагландина  $F_{22}$  для возбуждения и стимуляции родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1972, № 7, с. 3—8.

134. Рембез И. Н., Васильченко Н. П., Авдеев Г. Г. Искусственные роды.— В кн.: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Орджоникидзе, 1971, с. 109—110.

135. Савицкий П. Н. Стимуляция родовой деятельности и одновременная профилактика внутриутробной асфиксии плода при слабости родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1957, № 4, с. 21—24.

136. Черная А. П., Рощина К. Н., Гранильщикова А. М. К вопросу стимуляции родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1961, № 5, с. 109.

137. Чернуха Е. А., Ботвин М. А., Николаева Е. И., Новикова З. В. Опыт применения некоторых современных методов родовозбуждения.— Акуш. и гин., 1978, № 2, с. 39—43.

138. Ursell W. Induction of labour Following Fetal Geath.— Obstet. Gynaec. Brot. Cwith, 1972, N 79, 3, 260—264.

139. Аминева Л. А. Влияние сыворотки крови в соче-

тании с питуитрином М на сократительную деятельность матки.— Акуш. и гин., 1968, № 1, с. 29—31.

140. *Анисимова М. И.* Слабость родовой деятельности и современные методы борьбы с нею.— Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов: СГМИ, 1955. 20 с.

141. *Бакшеев Н. С., Андрашко В. В., Михайленко Е. Т.* Усиление моторной функции матки таликтримином.— В кн.: Регуляция родовой деятельности. Киев: Здоровье, 1966, с. 25—31.

142. *Бакшеев Н. С.* Слабость родовой деятельности.— В кн.: Практическое акушерство. Киев: Здоровье, 1976, с. 309—327.

143. *Бескровная Н. И., Решетова Л. А.* Лечение первичной слабости родовой деятельности.— Новости медицины, 1952, № 30, с. 54—61.

144. *Буйко Н. П.* Усиление родовой деятельности лимонником китайским.— В сб.: Рациональное ведение родов. Киев: Здоровье, 1960, с. 98—108.

145. *Верхацкий Н. П.* Стимуляция родовой деятельности хлористым натрием и хинином.— Акуш. и гин., 1953, № 5, с. 18—21.

146. *Жордания И. Ф.* Учебник акушерства. М.: Медицина, 1964. 599 с.

147. *Кленицкий Я. С.* Ранняя диагностика слабости родовой деятельности и ее значение для клиники.— Тез. докл. научн. конф. по проблеме «Интранатальная охрана плода». Л., 1963, с. 11—14.

148. *Каплан А. П.* Акушерство. М.: Медгиз, 1954. 598 с.

149. *Лесюк В. С., Челка В. А.* Патология сократительной деятельности матки и ее регуляция в родах.— В сб.: Акушерство и гинекология. Киев: Здоровье, 1972, вып. 2, с. 55—58.

150. *Лисица Г. П.* Сравнительная оценка методов стимуляции родовой деятельности за 1954—1958 гг. по станиславскому роддому.— В сб.: Рациональное ведение родов. Киев, 1960, с. 108—115.

151. *Найденова Н. П.* Стимуляция сократительной деятельности матки сферофизином.— Акуш. и гин., 1964, № 5, с. 46—51.

152. *Пермская В. А.* Сравнительная оценка различных методов применения прозерина при слабости родовой деятельности.— Акуш. и гин., 1955, № 5, с. 23—25.

153. *Рембез И. Н.* Лечение слабости родовой деятель-

ности и вызывание родов методом внутривенного капельного введения питуитрина.— Акуш. и гин., 1958, № 2, с. 36—39.

154. *Рембез И. Н.* Нормализация родовой деятельности при недостаточности родových сил.— Тез. докл. «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Орджоникидзе, 1971, с. 99—102.

155. *Трифенова А. Т.* Стимуляция родовой деятельности китайским лимонником.— Акуш. и гин., 1954, № 4, с. 19—22.

156. *Фой А. М.* Опыт широкого использования препаратов спазмолитического действия при ведении родов.— Акуш. и гин., 1969, № 1, с. 18—22.

157. *Мошков Б. Н., Черепня Г. А.* Родостимуляция аппаратным способом.— Тез. докл. «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Орджоникидзе, 1971, с. 104.

158. *Михельсон М. Я.* Холинэргические механизмы в родовом акте и прозергиновый метод ускорения родов.— Новости медицины, 1952, № 30, с. 61—69.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3
<b>Глава I. МЕТОДЫ И МЕДИКАМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ВЫЗЫВАНИЯ И УСИЛЕНИЯ РОДОВ . . . . .</b>	<b>5</b>
Методы родовозбуждения и родоусиления . . . . .	5
Рефлекторные методы . . . . .	6
Физиотерапевтические методы . . . . .	9
Гормонально-медикаментозные средства . . . . .	15
<b>Глава II. МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГОТОВНОСТИ ОРГА- НИЗМА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ ПЕРЕД РОДОВОЗБУЖ- ДЕНИЕМ . . . . .</b>	<b>27</b>
Окситоциновый тест . . . . .	27
Рефлекс с молочной железы . . . . .	28
Цитологическое исследование влагалищных мазков . . . . .	29
Зрелость шейки матки . . . . .	30
Электрогистерографические исследования . . . . .	32
Радиотелеметрия . . . . .	33
<b>Глава III. ПОДГОТОВКА ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ. МЕТОДЫ ВОЗБУЖДЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬ- НОСТИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ БЕРЕ- МЕННОСТИ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ . . . . .</b>	<b>34</b>
Переносенная беременность . . . . .	37
Преждевременное излитие околоплодных вод . . . . .	40
Поздние токсикозы . . . . .	41
Несовместимость крови матери и плода по резус-фактору . . . . .	43
Аntenатальная гибель плода . . . . .	45
Пороки сердца . . . . .	46
Сахарный диабет . . . . .	47
<b>Глава IV. РЕГУЛЯЦИЯ РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ СХВАТОК . . . . .</b>	<b>49</b>
Диагностика слабости родовой деятельности . . . . .	50
Дифференциальная диагностика первичной слабости ро- довой деятельности и предвестников родов . . . . .	52
Дифференциальная диагностика родовой слабости при ригидности шейки матки . . . . .	53
Тактика врача при слабости родовой деятельности, со- четающейся с ригидностью шейки матки . . . . .	54



Подготовка рожениц к медикаментозному родоусилению	55
Питание роженицы и лечебно-охранительный режим . .	56
Лечебная физкультура . . . . .	56
Рациональное положение тела роженицы . . . . .	57
Гигиенический душ . . . . .	58
Электроанальгезия . . . . .	58
Медикаментозный сон . . . . .	58
Медикаментозное родоусиление . . . . .	61
Родоусиление при первичной слабости родовой деятельности . . . . .	64
Родоусиление при слабости родовой деятельности и несвоевременном излитии околоплодных вод . . . .	67
Родоусиление при вторичной слабости родовой деятельности . . . . .	68
Родоусиление при слабости потуг . . . . .	69
<b>Глава V. СХЕМЫ ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ И УСИЛЕНИЯ СХВАТОК . . . . .</b>	<b>72</b>
Библиографический список . . . . .	114

**Кожевников В. Н., Капралова Р. С.**  
**К58** Регуляция родовой деятельности.— Свердловск:  
Сред.-Урал. кн. изд-во, 1985.— 128 с.

80 к. 10 000 экз.

В книге дано краткое описание методов родовозбуждения и родо-  
усиления (механических, физиотерапевтических и медикаментозных).  
Приведены основные методы (схемы) родовозбуждения и стимуляции  
родов.

К 4123000000-047  
M158(03)-85 126-85

**ББК 57.16**

Н/К

Владислав Николаевич  
Кожевников  
Рената Степановна  
Капралова

## **РЕГУЛЯЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Редактор Н. Г. Новосад. Художник О. И. Журавлева. Художествен-  
ный редактор А. В. Вохмин. Технический редактор Н. Н. Заузол-  
кова. Корректор М. А. Казанцева.

Сдано в набор 01.10.84. Подписано в печать 26.03.85. НС 12420. Формат  
84×108<sup>1</sup>/<sub>32</sub>. Бумага тип. № 1. Гарнитура литературная. Печать высокая.  
Усл. печ. л. 6,7. Усл. кр.-отт. 7,0. Уч.-изд. л. 5,2. Тираж 10 000. Заказ 556.  
Цена 80 коп.

Средне-Уральское книжное издательство, 620219, Свердловск, ГСП-351, Малы-  
шева, 24. Типография изд-ва «Уральский рабочий», 620151, Свердловск,  
пр. Ленина, 49.



80 коп.